FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel FOURNIER

Né le 6 mai 1931, à Caudéran (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le 16 *novembre* 1962

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS DU LIDÉPRAN EN NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Président : M. MICHAUX, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : FOURNIER

Prénom : MICHEL

Date de soutenance : 16 novembre 1962

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

FOURNIER (MICHEL) — Contribution à l'étude des effets du Lidépran en neuro-psychiatrie infantile. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 80 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

FOURNIER (MICHEL) — Contribution à l'étude des effets du Lidépran en neuro-psychiatrie infantile. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 80 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

FOURNIER (MICHEL) — Contribution à l'étude des effets du Lidépran en neuro-psychiatrie infantile. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 80 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

FOURNIER (MICHEL) — Contribution à l'étude des effets du Lidépran en neuro-psychiatrie infantile. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1962, *in*-8°, 80 *p.*

(*Thèse Médec. (Etat), Paris,* 1962, *N°* .....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel FOURNIER

Né le 6 mai 1931, à Caudéran (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le 16 novembre 1962

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES EFFETS DU LIDÉPRAN EN NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Président : M. MICHAUX, Professeur

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	Soulié (P.)
Cliniques chirurgicales :	
Beaujon : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.), Aboulker (P.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	Fèvre (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..	Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..	Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..	Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	Huguier (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) .	Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	Castaigne (P.)
Cliniques médicales :	
Boucicaut : Milliez (P.) — *Broussais* : Lenègre (J.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.), Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Bariéty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..	Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	Garcin (R.)
Cliniques obstétricales :	
Baudelocque : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) :	Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) .	Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . ..	Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..	Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..	Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..	Lemaire (A.)
Clinique toxicologique	Gaultier (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	Padovani (P.)
Séméiologie médicale	Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker)	Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine	Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.) ; Orcel (L.) ; Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.), *pr. s. ch.* ; Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jerome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mme Corre-Hurst (L.); Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.), *pr. s. ch.* ; Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Neurologie : M. Lapresle (J.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Levy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart-d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.), *pr. s. ch.* ; Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Lévèque (B.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.), *pr. s. ch.*; Durand (J.); Girard *m. conf.*; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.*; Gremy (F.), *m. conf.*; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. Kreis (B.); Meyer (A.); Renault (P.).

Psychiatrie : M. Pichot (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. Deniker (P.); Duche (D.); Flavigny (H.).

Rhumatologie : M. Delbarre (F.).
pr. s. ch.

Stomatologie :
MM. Cernea (P.); Mme Chaput (A.), *m. c. agr.*; M. Grellet (M.).

Thérapeutique :
MM. Chassagne (P.); Marche (J.).

Urologie :
MM. Auvert (J.); Moulonguet (A.); Quenu (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. Debeyre (J.).

Clinique chirurgicale : Verne (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. Perrault (M.); Rambert (P.); Thieffry (S.).

Clinique obstétricale :
MM. Grasset (J.); Mayer (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. Desvignes (P.); Offret (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. Laplane (R.).

Clinique psychiatrique : M. Baruk (H.).

Clinique urologique : M. Kuss (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. Hauduroy (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. Rudler (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. Lena (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle Chaintreuil (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur Hahn (A.)

Conservateurs . . . . . Mlles Dumaitre (P.), Le Noir (G.), Quiévreux (E.)

Bibliothécaire . . . . . Mmes Contet (J.), Forget (F.), Mlle Laurent (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538118_0036

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

En remerciement pour l'aide qu'elle m'a apportée dans la rédaction de ce travail.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Clinique Psychiatrique Infantile
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage de profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Henri FAURE

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, ainsi que les observations de son Service, et nous a constamment aidé de ses conseils.

En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean PICARD

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Médecin-Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval

Dont nous avons l'honneur d'être l'interne.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur Henri EY

Ancien Chef de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval
Officier de la Légion d'Honneur

En remerciement pour son enseignement et pour l'accueil dont nous avons bénéficié dans son Service.

A Monsieur le Docteur P. CHATAGNON

Médecin-Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Maison-Blanche
Directeur du Laboratoire de Biologie de Maison-Blanche
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Médaille de la Résistance

Avec l'expression de notre gratitude.

A Madame le Docteur M.-L. FAURE

Qui a pratiqué tous les tests nécessaires à cette étude.

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE MAYENNE

Monsieur le Docteur PARIENTÉ

Monsieur le Docteur FAUVEL

Monsieur le Docteur FELLION

A MES AMIS

INTRODUCTION

Après la révolution constituée par la découverte et l'introduction en thérapeutique neuro-psychiatrique des neuroleptiques il y a une dizaine d'années, les progrès de la pharmacologie ont permis d'isoler par la suite des corps chimiques exerçant une action stimulante sur les fonctions nerveuses supérieures, produits rangés sous le terme général de « psychotoniques » ou « psychoanaleptiques ».

D'abord furent isolés le méthylphénidate et le pipradol. Par la suite fut synthétisé un dérivé du pipéridyl-acétoxyméthane, le 7890 R.P., dont l'isomère thréolévogyre, ou 8228 R.P., fait l'objet de cette étude.

Ce produit a été utilisé en psychiatrie, chez les adultes surtout, et il n'est que de se référer aux titres des communications ayant trait à ce médicament pour se rendre compte que c'est son caractère psychotonique qui a retenu l'attention.

Quant à la neuro-psychiatrie infantile, les observations sont encore peu nombreuses et portent sur des enfants oligophrènes, et insistent sur la notion de stimulation psychique.

C'est pourquoi nous avons tenté l'administration du 8228 R.P. non seulement aux oligophrènes, mais aussi à des enfants d'un niveau de débilité ducable et à des enfants d'intelligence normale atteints de troubles émotionnels ou affectifs. Nos observations ont été, elles aussi, dominées par la constatation d'un très important effet activateur du produit. Mais c'est plutôt sur la sphère émotionnelle et affective, et non pas sur la sphère intellectuelle, que le 8228 R.P. nous a paru occasionner les remaniements les plus considérables.

Nous ne nous dissimulerons pas le caractère relativement inattendu de nos constatations, eu égard à ce qui a déjà été noté par la plupart des auteurs qui affirment la prépondérance de l'action du 8228 R.P. sur l'efficience intellectuelle. Nous verrons toutefois que les perturbations affectives et caractérielles avaient déjà été signalées de plusieurs côtés. L'importance de ces perturbations a été telle

que l'action du LIDEPRAN nous semble pouvoir être comparée, en ce qui concerne la force d'expressivité, à la narcose ou à la cure de sommeil de longue durée [14].

Nous ne nous dissimulerons pas non plus la part de relative facticité que peut comporter une catégorisation selon laquelle les résultats seraient jugés d'après les remaniements de la sphère soit intellectuelle, soit affective. Cependant, on reconnaîtra qu'en matière de neuro-psychiatrie infantile les préoccupations du thérapeute ou du rééducateur sont *grosso modo* distribuées selon cette ligne de partage :

— en ce qui concerne les oligophrènes, comment faire progresser leur efficience mentale ? Comment éviter que ne s'accentue, avec les progrès de l'âge, l'écart de leur Q.I. ? Comment augmenter leur plafond d'éducabilité ?

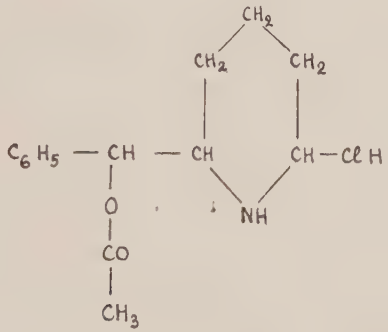
— en ce qui concerne les enfants d'intelligence normale, troublés dans leurs instances émotionnelles et affectives, comment obtenir une réadaptation des affects et des comportements ? Comment prévenir l'inquiétante orientation de la personnalité vers l'organisation névrotique ou psychotique ? Comment déclencher une projection cathartique et libératrice des mécanismes conflictuels ? Comment supprimer le phénomène de masque des pseudo-débilités ?

Et il est évident que toute découverte pharmacologique qui s'avèrerait hautement efficace dans l'une ou dans l'autre de ces deux perspectives — quelles que soient leurs intrications — serait, pour la neuro-psychiatrie infantile, d'un profit considérable. Encore rencontre-t-on, dans l'application de tout produit nouveau, le problème du « risque thérapeutique »...

CHAPITRE I

RAPPEL CHIMIQUE ET PHARMACODYNAMIQUE

Le 8228 R.P., ou Phacétopérane, est le chlorhydrate de phényl-1 (pipéridyl-2') 1 acétoxy-1 méthane, forme thréolévogyre.



Son étude pharmacologique a été faite par Mme Courvoisier [1] dont nous rappellerons les conclusions.

TOXICITE

La dose unique qui tue la moitié des animaux en expérience (D.L. 50) a été étudiée chez la souris et le rat. Par voie I.V., elle est de 77 mg par kg chez la souris et de 80 mg/kg chez le rat ; par voie sous-cutanée, elle est de 300 mg/kg chez la souris, de 400 mg/kg chez le rat ; par voie buccale, de 330 mg/kg chez le rat, c'est-à-dire nettement inférieure à celle du pipradol (110 mg/kg) ou de l'amphétamine (97 mg/kg).

L'intoxication commence par une hyperactivité coordonnée sans phase de dépression consécutive. Aux doses très toxiques, apparaissent des tremblements, des convulsions désordonnées, puis la mort survient par arrêt respiratoire.

La toxicité est très légèrement plus faible chez les animaux isolés que chez les animaux groupés. Les neuroleptiques, les sédatifs, les adrénolytiques diminuent la toxicité des psychoactifs, d'où le gros intérêt d'associer une médication psychoactive, telle que le 8228 R.P., aux neuroleptiques ou aux tranquillisants habituels.

L'administration prolongée du 8228 R.P. ne modifie pas l'état général ou le poids. Aucune lésion viscérale ou cérébrale n'est occasionnée.

PHARMACODYNAMIE

Le 8228 R.P. a des effets sympathicomimétiques faibles, inférieurs à ceux du pipradol et du méthylphénidate. Il ne corrige pas l'hypotension acétylcholinique. Il ne semble exercer d'action ni sur le rythme cardiaque, ni sur les ondes électrocardiographiques du chien chloralisé. Il a un pouvoir analeptique fort vis-à-vis des dépressions respiratoires provoquées par les barbituriques ou la morphine.

Il a une action stimulante sur l'aire motrice, facilitant le travail musculaire en diminuant la sensation de fatigue, et sur l'aire psychique en accroissant l'excitabilité des centres de perception et d'association. Il permet en particulier l'assimilation parfaite de nouvelles conditions de travail chez les rats dressés par conditionnement des réflexes, alors que les amphétamines ont peu d'action sur la désorientation résultant de ce changement d'atmosphère.

Effets de l'association du 8228 R.P. aux agents dépresseurs :

— *Barbituriques :* la narcose barbiturique profonde n'est pas modifiée par le 8228 R.P. ; la narcose barbiturique légère est par contre abrégée.

— *Anticonvulsivants :* le 8228 R.P. ne s'oppose pas à l'action anticonvulsivante de la tridione et du phénobarbital.

— *Analgésiques :* le 8228 R.P. et les autres psychoactifs potentialisent la morphine, la méthadone et la péthidine, mais réduisent leur toxicité.

— *Antihistaminiques :* le 8228 R.P. diminue considérablement la toxicité des antihistaminiques (prométhazine, lévomépromazine, mépyramine), mais ne modifie pas leur pouvoir antihistaminique.

— *Neuroleptiques :* le 8228 R.P. réduit la toxicité des dérivés de la phénothiazine, particulièrement dans le cas de la prochlorpémazine (6140 R.P.).

Il a une action antagoniste vis-à-vis des effets dépresseurs et cataleptiques des dérivés phénothiaziniques.

En ce qui concerne les effets centraux spécifiques des neuroleptiques, les psychoactifs n'ont aucun effet direct d'antagonisme ou de renforcement.

L'association d'un psychoactif tel que le 8228 R.P. à un neuroleptique devrait donc conduire à une amélioration de la tolérance sans diminution d'activité.

CONCLUSION

Le 8228 R.P. est un stimulant central vrai, qui chez l'animal provoque une augmentation de l'activité locomotrice coordonnée, apparaissant rapidement (en quinze à vingt minutes par voie orale) et s'atténuant après cinq à six heures.

C'est un produit très actif, peu toxique, très peu sympathicotonique, très peu hypertenseur, ne causant pas d'irritabilité. Il exerce sur le psychisme de l'animal des effets stimulants certains.

CHAPITRE II

LE PHACETOPERANE EN CLINIQUE HUMAINE

CHEZ LES ADULTES

Les premiers résultats cliniques de l'emploi du 8228 R.P. sont dus à SIVADON, CHANOIT et AZOULAY [2] qui utilisèrent des doses de 5 à 180 mg *pro die* chez 56 malades de vingt à soixante-cinq ans.

> « Ce médicament, écrivent-ils, a un effet maximum dans les états dépressifs névrotiques de structure psychasthénique..., mais il semble agir aussi efficacement dans les états dépressifs d'autre structure (hystéroïde anxieuse) et dans les états dépressifs mélancoliques mineurs, où apparaît l'utilité de l'association Lévomépromazine-8228 R.P.
>
> « Il semble, par contre, avoir peu d'action sur certains syndromes psychotiques du type de la schizophrénie, à l'exception d'un certain remaniement psychopathologique exploitable sur le plan psychothérapique.
>
> « Néanmoins, un certain intérêt réside dans la possibilité de neutraliser le syndrome neuroleptique et d'accentuer les bénéfices que l'on peut tirer des activités de groupe organisées à l'hôpital. »

SIVADON, SALINGER et QUIDU, en 1960, rapportent les résultats de l'expérimentation du 8228 R.P. sur 134 malades [7]. Ils observent :

— des modifications dans la sphère thymique : euphorie, gaieté, goût de vivre, intérêt pour le monde extérieur et pour autrui, amélioration de l'élan vital et de la présentation, reprise du sourire et de la confiance en soi, diminution de l'anxiété, de la perplexité, des inhibitions et des obsessions ;

— au niveau de l'activité, amélioration remarquable des capacités de travail, du sens de l'organisation, reprise du tonus, du dynamisme, de l'agressivité, de l'énergie ;

— dans la sphère intellectuelle, la pensée devient rationnelle, l'élocution verbale est améliorée, de même que la clarté d'esprit et la mémoire ; l'idéation est facilitée.

« Grande maniabilité et parfaite tolérance caractérisent ce psychotonique. »

Follin, Chanoit et Huchon [5] observent une amélioration dans 63 % des dépressions névrotiques (réactionnelles et psychasthéniques surtout) et dans 44 % des schizophrénies où il permet d'établir un meilleur contact.

Oules et Labai [6] avec des doses de 80 à 100 mg par jour ont obtenu de bons résultats dans les états psychasthéniques et les états mélancoliques mineurs. Néanmoins, ils observent une recrudescence des troubles caractériels chez 3 épileptiques (sur 5 traités) et un réveil des idées délirantes assoupies par les neuroleptiques chez 2 schizophrènes catatoniques.

Chanoit [8] confirme l'effet psychotonique du médicament qui, outre qu'il augmente le rendement de l'efficience intellectuelle, doit accroître les possibilité de réception des informations, des messages venant du milieu. Il utilise le 8228 R.P. dans les relations psychothérapiques pour dynamiser le sujet et lui permettre d'apporter un matériel utilisable sur le plan psychothérapique. Des résultats spectaculaires ont ainsi été obtenus. Il signale enfin les phénomènes aigus (bouffées oniroïdes) qu'il peut produire ; ceux-ci peuvent être intégrés dans la psychothérapie.

Salinger, dans sa thèse [9] consacrée au Lidépran, montre le rôle positif stimulant de ce produit dans la sphère thymique et affective, dans la sphère intellectuelle et dans le domaine de l'activité. Il insiste sur la polyvalence du produit, mais note toutefois la possibilité d'insomnie, d'excitation et de tension anxieuse.

Enfin, Sivadon et Salinger [11] ont publié récemment les résultats des essais effectués pendant trente mois au Centre Psychiatrique de La Verrière, portant sur 254 malades. D'après leurs conclusions, le Lidépran trouve ses meilleures indications dans les états dépressifs légers, surtout ceux qui sont liés à un terrain psychasthénique, et également dans tous les types d'asthénie. Ils insistent sur la facilitation des psychothérapies, dans les cas de schizophrénies évoluées surtout, où le 8228 R.P. permet d'augmenter le rendement et l'efficience intellectuelle, et sur la neutralisation de certains effets secondaires des neuroleptiques ; en particulier, en cas d'obésité. Ce produit, par son action anorexigène, constitue un adjoint précieux. La tolérance du produit paraît très satisfaisante à ces auteurs (90,3 % des

cas de tolérance); ils signalent toutefois, parmi les effets secondaires, l'insomnie, la nervosité, une légère excitation et, dans 4 cas, un état de tension anxieuse. Chez les épileptiques, ils notent la possibilité d'augmentation de fréquence des crises.

CHEZ LES ENFANTS

Les résultats sont ici bien moins nombreux et portent surtout sur des oligophrènes.

Beaujard et Revol [3] ont expérimenté le 8228 R.P. chez 33 enfants oligophrènes de niveaux variés.

> « L'appréciation du développement intellectuel a montré dans 10 cas sur 17 une légère accélération de ce développement. Le comportement au travail a été amélioré de façon appréciable dans 18 cas sur 33. Cette amélioration coïncide habituellement avec le début du traitement et cesse en général avec le traitement ; elle peut néanmoins parfois persister ... La dose efficace semble se situer entre 5 et 10 mg. Il n'y a pas, semble-t-il, intérêt à dépasser ces doses. Il ne semble pas qu'il y ait habituellement d'épuisement d'action. La durée des cures peut être généralement de longue durée : plusieurs mois ; cependant la possibilité rare d'effet *d'inversion du produit* peut conduire à des périodes d'interruption temporaire lorsque le produit semble devenir inefficace...
>
> « Le maniement du produit, facile dans l'arriération mentale simple, s'avère plus délicat lorsqu'elle s'est accompagnée de *troubles caractériels et affectifs,* surtout s'ils ne sont réduits que par une cure de neuroplégiques. »

Guyotat, Beaujard et Guillemin [4], chez les oligophrènes, constatent avec le Phacétopérane une amélioration des résultats aux différents tests. Sans le médicament, l'apprentissage plafonne ; avec le médicament, il peut être poussé plus loin. L'intensification des signes d'asyntonie et de bizarrerie chez un oligophrène autistique conduit ces auteurs à souligner certains cas d' « inversion d'effet » et de réactions d'inhibition.

* *

Nous constatons donc que si, chez les adultes, le Lidépran a été expérimenté dans plusieurs services et que ses indications et posologies ont pu être fixées, il n'en est pas de même chez les enfants où les seules investigations qui ont été pratiquées concernent des oligophrènes.

Il était donc intéressant d'étudier les effets du Lidépran en neuro-psychiatrie infantile, non seulement sur les arriérés profonds, mais aussi sur les débiles et sur les enfants d'intelligence normale. C'est pourquoi a été entreprise l'étude que nous allons exposer et qui nous a conduit à des constatations parfois inattendues.

CHAPITRE III

45 OBSERVATIONS D'ENFANTS TRAITES PAR LE LIDEPRAN

Caractéristiques des enfants étudiés
Posologie et durée des traitements
Modalités d'observation

L'ensemble de nos observations a porté sur *une année*, au cours de laquelle 45 enfants furent soumis au médicament pendant des délais de plusieurs semaines à plusieurs mois (jusqu'à six mois).

Les enfants étaient insérés : les uns dans un institut médico-pédagogique ; les autres dans un foyer scolaire pour pupilles d'Assistance publique ; les autres dans un service hospitalier de neuro-psychiatrie infantile. Parmi les 45 sujets étudiés, ont été distingués :

— 24 enfants de niveau intellectuel normal ou subnormal, ou partiellement masqué par des troubles affectifs ;

— 13 débiles dont le quotient intellectuel se situait entre 0,50 et 0,70 ;

— 8 oligophrènes profonds dont le quotient intellectuel était inférieur à 0,50.

L'âge des enfants s'échelonnait de six ans trois mois à treize ans neuf mois.

Le schéma posologique fut le suivant : 5 mg *per os* chaque matin pendant les dix premiers jours ; puis 10 mg par jour (demi-dose matin et midi) pendant les dix jours suivants ; puis 15 mg, puis 20 mg selon les cas, jusqu'à la fin du traitement.

Le produit ne fut jamais administré en après-midi, afin d'éviter le retentissement sur l'endormissement et le sommeil. (Nous verrons plus loin que, malgré cette précaution, les troubles para-hypniques et hypniques ne furent pas totalement évités.)

Ajoutons enfin que certains sujets reçurent le traitement pharmacologique à leur insu, afin que soient éliminés les effets secondaires d'hétéro-induction ou d'auto-suggestion.

Les 45 enfants furent tous l'objet de stricts contrôles. Sur une feuille de dépouillement journalière furent consignés pour chacun, pendant toute la durée de la cure, les principaux indices biologiques et psychobiologiques : pouls, T.A., appétit, caractéristiques du sommeil, contrôle sphinctérien. Le poids fut surveillé régulièrement.

Les examens neurologiques furent plusieurs fois répétés. Les tests de niveau furent pratiqués systématiquement avant, pendant le traitement, puis après recul de plusieurs semaines et de plusieurs mois (Borel-Maisonny ; Goodenough ; signes de maturation graphique ; Lauretta-Bender ; W.I.S.C. ; Terman-Merril ; échelle d'Alexander, selon les cas). De même furent observées les caractéristiques et les modifications de l'adaptation vis-à-vis du groupe, vis-à-vis des adultes et vis-à-vis des activités éducatives ou scolaires.

Insistons enfin sur la conduite psychothérapique de la cure : chez les sujets de niveaux intellectuels les plus élevés, les relations vis-à-vis du médecin, de la psychologue, des éducateurs ou des infirmières subirent le contre-coup d'une recrudescence anxieuse manifestement occasionnée par l'ingestion du médicament. Les enfants eurent tendance à « adhérer » au thérapeute, même en phase de négativisme ; ils recherchaient et appréciaient la vigilance des adultes, même s'ils manifestaient par ailleurs des attitudes d'opposition ou d'ambivalence. Et nous avons tenté, dans toute la mesure du possible, de suivre pas à pas les projections, les élaborations et les fluctuations de la personnalité de chacun (entretiens individuels et collectifs ; dessins libres ; dessins de rêves ; tests projectifs ; village de Mabille et Rosenzweig).

* *

I) EFFETS ACTIVATEURS DU LIDEPRAN CHEZ LES OLIGOPHRENES PROFONDS

Le médicament fut administré à des enfants lourdement déficitaires dont les âges s'échelonnaient de six ans trois mois à treize ans neuf mois.

Chez deux de ces enfants, il semble que le Lidépran ait occasionné certains gains positifs. Dans 1 cas (*obs. n° 7*), les performances au test Borel-Maisonny s'élevèrent d'un niveau d'âge mental de deux ans à un niveau de quatre ans, et l'enfant devint capable après traitement

d'automatismes qu'il n'avait pas encore acquis (s'habiller et se déshabiller seul, manger seul). Dans un autre cas (*obs. n° 8*), les performances au test Terman-Merril furent les suivantes : avant médicament, Q.I. 0,47 ; sous médicament, Q.I. 0,40 ; après médicament, Q.I. 0,53 ; l'enfant devint capable après traitement de petits efforts de scolarisation élémentaire.

Chez les six autres enfants, nous n'avons pu déceler aucun résultat significatif, que ce soit au niveau des facultés d'apprentissage élémentaire, ou que ce soit au niveau des performances chiffrées par les tests.

Par ailleurs, chez ces 8 enfants, les effets secondaires (perturbations de l'équilibre affectif habituel, réactivations d'instabilité motrice, recrudescence des stéréotypies, retour au non-contrôle sphinctérien, difficultés de l'alimentation et du sommeil) ont été très accusés, et certains de ces effets secondaires ne s'estompèrent que lentement après l'arrêt du traitement. Aussi pensons-nous pouvoir parler ici de « *risque thérapeutique* ». Pour chacun de ces 8 cas, il nous a semblé que L'ADMINISTRATION DU LIDÉPRAN FAISAIT PERDRE A L'ENFANT OLIGOPHRÈNE LE CONDITIONNEMENT DES HABITUDES PRISES ET LE FAISAIT VIVRE SELON UN MODE D'ÊTRE OÙ LE CONTROLE DES INSTANCES INSTINCTIVES ET VOLITIONNELLES ÉTAIT TOUT A FAIT DÉRÉGLÉ PAR RAPPORT AUX AUTOMATISMES ANTÉRIEURS ACQUIS.

OBSERVATION N° 1

Enfant de 6 ans 3 mois

Début du Lidépran le 26 novembre 1960, après suspension des barbituriques (gardénal : 0,10) et du largactil (25 mg pendant les vingt jours précédents).

Toute médication arrêtée pendant deux jours. Le Lidépran a été entrepris le 26 novembre 1960, à 5 mg par jour. Onze jours de traitement. Arrêt le 7 décembre 1960, après état de mal épileptique.

- Observations préalables au traitement :

Développement somatique normal ; post-encéphalitique. Poids : 20 kg. Notion de comitialité ; surdi-mutité ; absence totale de contrôle sphinctérien ; absence de langage ; cris stéréotypés ; crises nerveuses d'allure comitiale ; antécédents familiaux chargés ; notion d'état de mal à l'hôpital de Dreux ; grasping ; vivacité diffuse des réflexes tendineux ; instabilité motrice ; hypotonie. Enurétique.

- Observations sous Lidépran :

Renforcement de l'instabilité motrice, des colères, de l'agressivité ; essaie de donner des coups aux infirmières ; est très violent.

Puis, à partir du huitième jour, a été peu à peu calme, abattu, restant ainsi dans un coin sans parler ni remuer, les mains entre les jambes, durant toute la

matinée (5-6 décembre 1960). Le 7 décembre au matin, on doubla la dose (10 mg), à 8 heures du matin ; vers 10 h 30, il présenta un état syncopal avec chute, cyanose, pouls fuyant impossible à prendre ; T.A. : 6-3 ; perte de connaissance ; stupeur ; cet état dura une demi-heure, puis apparurent des secousses épileptiformes continues, localisées à l'hémicorps droit, ainsi que des myoclonies de la face et de la jambe droite. L'état de mal dura plusieurs heures. L'enfant fut traité par gardénal injectable, puis sortit du coma par un lourd sommeil. On arrêta le Lidépran.

- Effets secondaires :

— *Appétit :* tendance anorexique pendant les cinq premiers jours.

— *T.A. :* 9-6 au départ ; diminuée à 8-5 pendant toute la durée du traitement, jusqu'à l'effondrement tensionnel de l'état syncopal.

— *Sphincters :* pas de modification de l'énurésie et du gâtisme.

— *Sommeil :* difficultés de l'endormissement et agitation pendant le sommeil.

— *Signes neurologiques :* intensification du grasping.

— *Efficience intellectuelle :* enfant intestable.

- Observations ultérieures :

Aucun changement. Enfant beaucoup plus difficile qu'auparavant, beaucoup plus hostile, opposant, agressif, instable, malgré une réinstauration de la thérapeutique antérieure, soit gardénal 0,20 et largactil porté à la dose de 50 mg et imménoctal, depuis deux ou trois mois.

OBSERVATION N° 2

Garçon de 6 ans 7 mois. Poids : 17,500 kg

Deux mois de traitement (5 mg par jour pendant les dix premiers jours ; puis 10 mg, puis 15 mg par jour). Oligophrénie profonde. Incontinence sphinctérienne. Absence de langage. Stéréotypies gestuelles.

- Tests avant Lidépran :

Borel-Maisonny : A.M. 3 ans à 3 ans 1/2.

- Tests après Lidépran :

Borel-Maisonny quatre mois après l'arrêt du traitement : inchangé.

- Effets secondaires observés sous Lidépran :

Dès le début du traitement, apparition d'un état thymique pénible : pleurnichements incessants, accentuation des mouvements stéréotypés, de l'instabilité motrice et surtout apparition d'attitudes catatoniques. Bientôt, un tableau de catatonie de plus en plus complet se constitua avec immobilité permanente, assis ou debout, conservation des attitudes suggérées, amimie, négativisme, passivité. Cet état catatonique persista pendant toute la durée du traitement, tantôt très accentué, tantôt laissant place à des moments d'instabilité motrice au cours desquels il fuyait le contact, se détournait, s'asseyait par terre, se relevait sponta-

nément, s'opposait, fermait ses dents, repoussait les aliments, se débattait dès qu'on s'occupait de lui. L'endormissement devint difficile, le sommeil fut entrecoupé d'agitation. L'appétit diminua considérablement. Poids avant traitement : 17,500 kg ; après deux mois de traitement : 16,800 kg. Un épisode diarrhéique suggéra l'arrêt du traitement ; deux mois plus tard, l'enfant n'avait pas encore rattrapé son poids initial et restait à 17 kg. Par contre, dès cessation du produit, disparition d'emblée des attitudes catatoniques et retour à l'état préalable d'instabilité motrice modérée.

OBSERVATION N° 3

Garçon de 7 ans 4 mois. Poids : 19,400 kg

Cinq semaines de traitement (5 mg par jour pendant les dix premiers jours, puis 15 mg par jour). Oligophrénie post-encéphalitique ; hémiplégie ; asymétrie faciale ; absence de langage ; instabilité motrice modérée ; notion de comitialité (gardénal journalier, 10 cg ; maintenu en association avec le Lidépran).

- Tests avant Lidépran :
  — 1958 : Borel-Maisonny, A.M. 3 ans.
  — 1960 : Borel-Maisonny, inchangé.

- Tests après Lidépran :
  Cinq mois après l'arrêt du traitement : Borel-Maisonny, inchangé.

- Effets secondaires observés sous Lidépran :
  Intensification immédiate de l'instabilité motrice avec turbulences prédominantes à pôle vespéral le soir au dortoir. Agressivité (phénomène nouveau, l'enfant étant en général passif et docile) ; déplacements incessants ; beaucoup moins de présence affective à l'entourage, fuyant le contact des adultes, alors qu'en général il s'accroche à eux et dénote une captativité assidue. Endormissement très troublé, agitation nocturne. Quatre mois après l'arrêt du traitement, les contacts affectifs n'ont pas été complètement réétablis et l'enfant est resté nettement plus instable qu'avant l'instauration du médicament.

OBSERVATION N° 4

Enfant de 12 ans 7 mois

Deux mois de traitement (5 mg par jour pendant les dix premiers jours ; 10 mg par jour pendant les dix jours suivants et 15 mg par jour pendant toute la période suivante).

- Observations avant Lidépran :
  Etat général sans particularité. L'enfant présente une débilité profonde semblant constitutionnelle ; très lourde hérédité. Au point de vue neurologique, ébauche de roue dentée aux membres supérieurs ; trémulations linguales ; fasciculations péri-

buccales. Enurétique. Comportement caractérisé par l'instabilité motrice, l'inadaptabilité scolaire, l'ambivalence affective : des moments de très grande captativité et des moments d'hostilité. Important retard de langage, parfois entrecoupé de stéréotypies gutturales (« hip, hip, hip »).

• Observations sous Lidépran :

Dès que le traitement fut instauré, renforcement immédiat des stéréotypies verbales (« hip, hip, hip »). Dans les jours qui suivirent, ces cris furent de plus en plus accusés et communicatifs pour plusieurs enfants, eux-mêmes soumis au Lidépran. L'instabilité motrice fut, elle aussi, renforcée, mais à noter par ailleurs une attitude dépressive avec dysthymie et anxiété diffuse ; comportements tout à fait désolidarisés de l'ambiance, l'enfant étant comme étranger à ce qui se passe autour de lui pendant de longues heures.

Pendant les dix premiers jours de traitement, nette recrudescence des « hip, hip, hip », l'enfant se penchant en avant, les bras tendus en arrière en battement d'ailes. Instabilité incoercible ; tape à coups de pieds contre les cloisons, est agressif ; se balance, parle par monosyllabes, devient pratiquement intenable. Lorsque le traitement fut arrêté, l'agitation continua, les cris ne furent plus des « hip, hip, hip » mais de véritables cris de bête, l'enfant paraissant beaucoup plus perturbé qu'avant le Lidépran, ceci pendant plusieurs semaines (arrêt le 24 janvier 1961, ceci jugé fin avril 1961).

Le Nozinan fut réinstauré et parut avoir également contribué au nouveau conditionnement éducatif que le traitement par le Lidépran fit nettement disparaître.

• Effets secondaires :

— *Appétit :* anorexie pendant les quatre premiers jours. Baisse de 1 kg environ pendant le traitement.

— *T.A. :* modifications non significatives. Mais l'enfant présenta au 24 janvier 1961 un épisode lipothymique avec pâleur, vertiges, épisode qui contribua à décider l'arrêt du traitement.

— *Sphincters :* persistance de l'énurésie intermittente ; au décours du traitement, et ceci depuis trois mois, mouille sa culotte aussi bien de jour que de nuit.

— *Signes neurologiques :* sous Lidépran : exagération au troisième jour de la roue dentée gauche et des fasciculations linguales. Augmentation des réflexes tendineux, apparition sous 15 mg de mouvements lents trémoro-athétosiques de l'extrémité des membres supérieurs.

— *Sommeil :* endormissement perturbé et agitation nocturne.

— *Efficience intellectuelle :*

a) Avant Lidépran :
- — Niveau de graphisme : 7 ans.
- — Terman-Merril Q.I. 43 (20 octobre 1960).
- — Wechsler Q.I.P. inférieur à 45 (à préciser) (25 octobre 1960).

b) Sous Lidépran :
- — L'enfant fut soumis à deux reprises au test de Bender : son âge de maturation apparaissait être de 7 ans 3 mois le 9 janvier 1961, et était de 5 ans 6 mois le 2 février 1961.

— Ceci indiquait donc un fléchissement et a été observé chez plusieurs autres enfants de niveau intellectuel médiocre. Il semble de toute façon que ce soit l'anxiété et la tension anxieuse qui empêchent la faculté de reproduire ce qui avait été antérieurement perçu et bien perçu.

— Parallèlement, le test de Goodenough fut pratiqué quinze jours après l'arrêt du traitement. Le score fut de 9 points ; il fut refait huit jours après, le score fut de 12 points. Quantitativement, le score était meilleur, et, qualitativement, le graphisme était moins bon, et des distorsions considérables étaient apparues (dédoublement de la tête).

OBSERVATION N° 5

Enfant de 13 ans 9 mois

Deux mois et demi de traitement. Doses de 5 mg par jour pendant les dix premiers jours ; 10 mg pendant les quatre semaines suivantes. Poids : 36 kg.

• Observations préalables au Lidépran :

Oligophrénie semblant constitutionnelle ; pupille d'Assistance publique ; lourde hérédité. N'a pas pu être conservé au foyer des pupilles, car « violent, agressif, dangereux ». Hospitalisé pour ces motifs au service de neuro-psychiatrie infantile.

Enurétique intermittent, gros retard de langage, inadaptabilité scolaire : ne sait pas lire. Etat somatique grevé de dysmorphies faciales. Examen neurologique sans particularité notable.

• Observations sous Lidépran :

Dès que le produit fut administré, augmentation des attitudes coléreuses agressives et de cris stéréotypés (lesquels semblent une contamination de la part d'un autre enfant soumis au Lidépran) ; exprime des menaces verbales, des affirmations hostiles ; présente une instabilité motrice avec dysthymie tantôt dépressive, tantôt pseudo-ludique (imitation de gestes stéréotypés, grossièretés, salut militaire, etc.) ; logorrhée. Devient de plus en plus agressif et opposant. Après deux mois et demi de traitement, l'enfant atteint un seuil d'agressivité et de méchanceté tel que l'on pouvait craindre des actes qui auraient pu être graves et sans discernement : « Je vais tuer untel... » Inintimidabilité. Le traitement fut arrêté, et rapidement la personnalité accusa un retour au calme qui constitua un contraste étonnant, mais sur ce fond de tableau survinrent des anxiétés, des colères impulsives et très violentes vis-à-vis de ses camarades, telles que l'on instaura le Nozinan. A noter toutefois qu'il n'est plus énurétique.

• Effets secondaires :

— *Appétit :* anorexie pendant les quatre premiers jours.

— *Poids :* au départ, 36 kg. Pas de perte de poids.

— *T.A. :* pendant la durée du traitement, oscilla autour de 12,5 - 13-6, avec parfois diminution jusqu'à 9-5.

— *Pouls :* non significatif.

— *Sphincters :* persistance de l'énurésie intermittente.

— *Efficience intellectuelle :*

a) Avant Lidépran :

— Octobre 1960 : matrix 47, score 15.

— 19 décembre 1960 : Terman-Merril Q.I. 49.

b) Pendant Lidépran :

— La première série d'investigations fut faite le 9 janvier 1961 : niveau de graphisme environ 7 ans.

— 3 février 1961 : pas de changement notable.

— Test de Bender (9 janvier 1961) : 6 ans 9 mois. A la figure 3, n'a pas perçu la gestalt complète, a perçu seulement les angles.

— Figure 7, grande différence dans reproduction et rotation.

— 3 février 1961 : score obtenu quasi identique : 6 ans 5 mois, avec pour contenu les mêmes différences, mais de plus une rotation de la figure 1 et une tendance à la persévération de la figure 4.

— Goodenough : 9 janvier 1961, âge mental 5 ans 6 mois ; 3 février 1961, âge mental 5 ans 6 mois ; mais dans les deux cas, schéma corporel perturbé, bonshommes ressemblant à des chats ; 3 février 1961 : matrix 47 (débile satisfait).

OBSERVATION N° 6

Enfant de 9 ans 5 mois. Poids : 33,300 kg

Début de Lidépran le 26 novembre 1960. Doses : 5 mg pendant les dix premiers jours ; 10 mg pendant les dix jours suivants ; 15 mg pendant les trois semaines suivantes ; 20 mg pendant le mois suivant. Arrêté le 3 mars 1961 ; durée totale : trois mois.

• Observations préalables à l'administration du produit :

Développement somatique normal. Poids : 33,300 kg.

Débilité constitutionnelle ; très lourde hérédité. Examen neurologique sans particularité notable, sur un fond d'instabilité motrice ; présente parfois une attitude d'hyperextension de la tête et regarde sa main de loin, comme étrangère, converse avec elle dans des monologues incompréhensibles ; se balance, s'appelle lui-même à la deuxième personne. Présente parfois des impulsions qui le portent à se cogner au mur, se taper la tête contre les angles ; présente des impulsivités agressive, une tendance à de très violentes colères au cours desquelles il pousse des cris aigus. Ce déséquilibre de personnalité, joint à un niveau intellectuel précaire, fut observé pendant une longue durée en I.M.P. départemental, et les troubles imposèrent l'hospitalisation en service de neuro-psychiatrie infantile. Un déconditionnement assez rapide s'y opéra, aidé par l'administration du Nozinan. Le Lidépran fut entrepris pour tenter de mieux préciser, et éventuellement d'accentuer son efficience intellectuelle. Malheureusement, on assista à une réactivation considérable des troubles caractériels et de comportement, sans pour cela obtenir une modification appréciable de l'efficience intellectuelle. Enurétique.

• Observations sous Lidépran :

Dès le premier jour où l'on administra le médicament à l'enfant, survint un état d'agressivité tout à fait nouveau par rapport à l'état habituel, avec hostilité déclarée à ses camarades et aux adultes, frappe les autres enfants, se jette sur les infirmières pour les griffer. Peu à peu, il se détache de plus en plus de l'ambiance : converse avec sa main en monologues incompréhensibles ; se cogne la tête aux murs. Par ailleurs, il développe un état pantophobique ; les souris blanches auxquelles il était bien habitué lui font une peur terrible ; il prend les chaussures de ses camarades pour de grosses bêtes qui veulent le mordre. Bientôt, tous les objets allongés le mettent en état d'angoisse (la règle est une vipère, etc.). Ces tendances phobiques s'étalèrent sur toute la durée du traitement. A la fin du traitement, il semble que l'enfant apprivoisa peu à peu ses fantasmes ; c'est ainsi qu'il avait toujours peur de la « bête » représentée par un soulier, mais il se mettait à faire peur lui-même à ses camarades en leur montrant son pied et en disant la « bête » ; de même il joue au loup, fait le fantôme et intègre de façon ludique ses inquiétudes.

• Effets secondaires :

— *Appétit :* nettement diminué pendant les cinq premiers jours, puis revenu à peu près à la normale jusqu'au moment où la dose atteignit 15 mg ; à partir de ce moment survint une période d'une dizaine de jours d'anorexie franche, qui fut peu à peu diminuée pendant les trois mois de traitement.

— *T.A. :* au départ, 10-6, diminua à 9-5, 8-4 pendant les quatre premiers jours, puis revint à 10-6. Quand la dose atteignit 20 mg, la T.A. baisse à 9-5, 8,5-5 et y resta.

A noter au premier jour d'administration un épisode lipothymique avec pâleur, vertiges, sans perte de connaissance.

— *Sphincters :* aucune modification du traitement sur l'énurésie. Apparition transitoire pendant deux ou trois jours d'un gâtisme de négativisme.

— *Sommeil :* perturbation de l'endormissement ; agitation pendant le sommeil.

— *Signes neurologiques :* avant Lidépran, signes neurologiques sans particularité. Après un mois et demi de traitement, apparition de mouvements pseudo-athétosiques des extrémités des membres supérieurs, qui persistèrent à bas bruit pendant la durée du traitement.

— *Efficience intellectuelle :*

a) Avant le Lidépran :

— L'enfant se classait dans le 10e centile des matrices.

— Wechsler Q.I.V. 48-50-45 (juste avant le Lidépran).

— A la fin du traitement : Wechsler 45-45-58 (3 mars), non significatif.

b) Sous Lidépran :

— Bender : 5 ans 1/2 (9 février 1961) ; maturation graphique : 6 ans.

— *Vocalises :* n'a pas eu de perturbation phonétique, mais a eu une énorme efflorescence de stéréotypies verbales précisées plus haut (« hip, hip, hip »).

• Observations après Lidépran :

Après l'arrêt du Lidépran, on observa une dysthymie qui persista très longtemps et qui dure encore (27 avril 1961). L'enfant ayant des paroxysmes de

susceptibilité, de mauvaise humeur, des mouvements de balancement stéréotypés et parfois des attitudes d'hostilité provocante, avec isolement vis-à-vis des autres enfants. En classe, l'inadaptabilité scolaire est restée foncière.

OBSERVATION N° 7

Enfant de 10 ans 8 mois

Durée du traitement : un mois. Doses : 5 mg par jour pendant dix jours ; puis 10 mg par jour pendant dix jours ; puis 15 mg par jour jusqu'à la fin du traitement.

Développement somatique très précaire. Poids : 24,400 kg. Examen neurologique : importants troubles trophiques prédominant aux membres inférieurs ; pas de symptomatologie systématisée.

Absence de langage ; dysmorphique ; implantation dentaire défectueuse ; microcéphalie ; tics du visage et de la musculature buccale. Enurétique. Pousse de temps en temps des cris perçants ; a une attitude motrice stéréotypée, en poussant chaque fois des cris de bête.

- Observations sous Lidépran :

Dès qu'on administra le médicament à l'enfant, survint une accentuation considérable de l'instabilité motrice, et les cris qui étaient auparavant intermittents devinrent une stéréotypie gutturale monotone, constante et intensive à la façon d'un métronome. Se jette chaque fois qu'il le peut sur un de ses camarades pour s'accrocher à lui ; tire la langue ; semble en proie à un état thymique pénible ; facies malheureux ; mais parfois expansion des gestes morbides, apparemment sans cause ; attitudes opposantes ; réaction de fuite vis-à-vis de l'adulte. Puis survint une éruption cutanée péri-fessière (intercurrente ?) qui incita à arrêter la médication.

- Observations après cessation du Lidépran :

Dans les cinq à six jours qui suivirent, l'enfant fit peu à peu retour à l'état antérieur. Devint beaucoup plus maniable et abordable qu'auparavant ; beaucoup moins désagréable qu'avant le Lidépran.

Jugé quatre mois plus tard (fin avril 1961), l'enfant qui n'a pas reçu d'autre médicament ne présente plus ses stéréotypies motrices en battement d'ailes et ne crie plus. Son sommeil est normal (sans qu'il soit possible de dire si cette amélioration est l'effet du traitement). Est quasi propre.

- Effets secondaires :

— *Appétit :* nette tendance anorexique pendant les quatorze premiers jours du traitement ; puis pendant toute la deuxième partie, retour spontané à un excellent appétit.

— *Poids :* avant Lidépran, 24,200 kg ; à l'arrêt, 23,900 kg.

— *T.A. :* dès le deuxième jour, descendit de 10-6 à 8-5 ; se stabilisa ainsi pendant quatre jours, puis remonta.

— *Sphincters :* énurésie intermittente.

— *Sommeil :* perturbé à l'endormissement et agitation nocturne.

— *Signes neurologiques :* R.A.S.

— *Efficience intellectuelle :*

a) Avant Lidépran :
— Octobre 1959 : Borel-Maisonny 2 ans.

b) Pendant Lidépran :
— Novembre 1960 : Borel-Maisonny 4 ans.

c) Après Lidépran :
— 28 décembre 1960 : Borel-Maisonny 4 ans.
— 14 mars 1961 : Borel-Maisonny 4 ans.

Semble faire des progrès, s'habille et se déshabille seul ; mange seul.

OBSERVATION N° 8

Garçon de 7 ans. Poids : 25,200 kg

Trois mois de traitement (5 mg par jour pendant les dix premiers jours, puis 10 mg pendant six semaines, puis 15 mg). Oligophrénie compliquée de carence éducative totale.

- Tests avant Lidépran :
  — Termann-Merril, Q.I. 0,47.
- Tests sous Lidépran :
  — Termann-Merril, Q.I. 0,49, après le premier mois de traitement.
- Tests après Lidépran :
  — Termann-Merril, Q.I. 0,53.
- Effets secondaires observés sous Lidépran :

Accentuation du parler bébé, des troubles du langage et de certaines stéréotypies. Tendance à l'auto-agressivité, se donne des coups violents, « s'épluche » la figure et les mains, ce qui a occasionné de multiples excoriations. Accentuation de l'instabilité motrice.

Après arrêt du traitement, poursuite de légers progrès dans la voie d'une scolarisation élémentaire.

II) EFFETS ACTIVATEURS DE LIDEPRAN CHEZ LES DEBILES

Le 8228 R.P. fut administré à 13 enfants dont le quotient intellectuel se situait entre 0,55 et 0,75.

Les âges de ces sujet s'échelonnaient de huit ans cinq mois à treize ans six mois.

Ces enfants furent choisis parce que, depuis une très longue date, ils avaient fait l'objet d'appréciations minutieuses de la part du service de neuro-psychiatrie infantile départemental.

La débilité mentale était indiscutable, quasi fixée. Elle avait été « mesurée » d'année en année par des investigations psychométriques. Les enfants appartenaient à la rubrique de débilité « essentielle » encore dite « constitutionnelle » : c'est-à-dire que nous avions là une population homogène où ne figuraient ni des enfants d'apparence post-encéphalitiques, ni des enfants pseudo-débiles.

Les enfants étaient bien habitués aux services hospitaliers ou médico-pédagogiques qui les avaient en charge. Le conditionnement des automatismes sociaux élémentaires était acquis ou en voie d'acquisition. Tous ces enfants étaient l'objet d'une vigilance pédagogique très attentive, tant sur le plan sensorimoteur que scolaire.

Chez ces 13 sujets, nous avons observé des SPONTANÉITÉS NOUVELLES, DES TENDANCES A L'INITIATIVE, UNE SORTE DE FACILITATION DANS LES ACTIVITÉS PRATIQUES, UN ÉTAT LOGORRHÉIQUE HYPERTHYMIQUE, UNE APPARENTE ACUITÉ DE L'ATTENTION SUPERFICIELLE. Mais ces attitudes théoriquement valables et utilisables s'inscrivirent dans une rythmicité thymique faite d'oscillations et d'à-coups ; c'est-à-dire qu'elles furent intermittentes, variables d'une période à l'autre, d'un jour à l'autre, ou même du matin au soir, ou d'un moment à l'autre ; entrecoupées de baisses de vigilance et de l'efficience, allant parfois jusqu'aux comportements catatoniques, avec persévération des attitudes, opposition et négativisme ; saturées de sub-anxiété rendant les enfants captatifs vis-à-vis des adultes, peu sociaux entre eux, et inintimidables par les incitations habituelles.

Il est facile de comprendre que, dans ces conditions, l'efficience scolaire ait été, pendant toute la durée du traitement, extrêmement fluctuante. Cependant, nous avons pu noter qu'au décours du traitement, 11 sur 13 des enfants (*obs. n*^{os} *9* à *19*) se situaient à un niveau de scolarisation supérieur à leur point de départ. Sans doute l'action

pédagogique, les incitations de l'apprentissage, les processus de maturation rendent-ils difficiles l'exacte appréciation de la part qui revient à la spécificité psychoactive de la pharmacologie. Mais parallèlement, les scores aux examens psychométriques apparurent, après traitement, augmentés chez 5 de ces enfants (*obs. n*^{os} *9 à 13*). Et, au total, il est permis de penser que le médicament a aidé à UN MEILLEUR INVESTISSEMENT DES RÉELLES CAPACITÉS INTELLECTUELLES DE CHACUN — quelle que soit par ailleurs la recrudescence de troubles du comportement, et par là la difficulté de maniement du produit.

Voici le résumé de chacune de ces observations :

OBSERVATION N° 9

Garçon de 12 ans 11 mois

Six mois de Lidépran.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1958 : Term.-Mer., Q.I. 0,64.
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,60 ; Pr. Matr. 17 ; Goodenough 8 ans.
  — 1960 : Ter.-Mer., Q.I. 0,60.
  b) *Pendant traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,62 ; Goodenough 10 ans.
  c) *Après traitement :*
  — W.I.S.C., Q.I.V. 64 ; Q.I.P. 83 ; Q.I.G. 70 ; Pr. Matr. 28 ; Goodenough 11 ans 1/2.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* longue station à la limite inférieure du C.E.I.
  b) *Pendant traitement :* spontanéité nouvelle ; recrudescence d'intérêts ; demande de lui-même des leçons particulières à la psychologue et à son entourage.
  c) *Après traitement :* progrès nets, en grammaire surtout : comprend et applique des règles élémentaires ; capable de composer et d'écrire une phrase simple ; parle beaucoup mieux, en construisant ses tournures, ce dont il s'était montré jusqu'alors incapable.

- Réactivations conflictuelles expérimentées sous Lidépran :

Dans les dessins, le thème du loup était fréquent, un an auparavant ; il s'était estompé. Il reparut spontanément sous Lidépran avec beaucoup d'intensité, exprimant une violente agressivité latente. A de nombreuses reprises, l'enfant fut en proie à des attitudes de tristesse passive, avec pleurs mal motivés, découragement, inertie, mutisme, indifférence apparente. Ces épisodes alternèrent avec les périodes de meilleure efficacité scolaire précisées plus haut.

OBSERVATION N° 10

Garçon de 10 ans 3 mois

Trois mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,74.
  — 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,72 ; Alexander, Q.I.P. 110.
  b) *Pendant traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,72 ; Alexander, Q.I.P. 128 ; W.I.S.C., Q.I.V. 70 ; Q.I.P. 97 ; Q.I.G. 83.
  c) *Après traitement :*
  — Alexander, Q.I.P. 116 ; W.I.S.C., Q.I.V. 71 ; Q.I.P. 102 ; Q.I.G. 85.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* niveau C.P. hors la lecture qui reste syllabique. Tendances dyslexiques accusées.
  b) *Pendant traitement :* quasi nulle, instabilité motrice, théâtralisme dans l'indiscipline ; labilité de l'attention.
  c) *Après traitement :* progrès en lecture ; termine son deuxième syllabaire ; fait de petites dictées.

- Réactivations des troubles du comportement observés sous Lidépran :

Anxiété, dysthymie, captativité vis-à-vis des adultes, poussant l'enfant à se faire remarquer par une indiscipline constante et incoercible ; agressivité vis-à-vis de ses camarades, jalousie dont il était coutumier de longue date, mais qui fut nettement renforcée.

Nettement plus calme et plus stable après l'arrêt du traitement.

OBSERVATION N° 11

Garçon de 10 ans 3 mois

Trois mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1957 : Ter.-Mer., Q.I. 0,68.
  — Début 1961 : W.I.S.C., Q.I.V. 64 ; Q.I.P. 73 ; Q.I.G. 65.
  b) *Pendant traitement :*
  — Pr. Matr., score 19 ; W.I.S.C., Q.I.V. 65 ; Q.I.P. 81 ; Q.I.G. 70.
  c) *Après traitement :*
  — W.I.S.C., Q.I.V. 70 ; Q.I.P. 76 ; Q.I.G. 70 ; Pr. Matr., score 27.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* suit difficilement au C.P. avec lecture non courante.
  b) *Pendant traitement :* est un des rares enfants qui, sous Lidépran, ait manifesté une nette augmentation du rendement scolaire, et cela malgré des manifestations anxieuses (précisées ci-dessous).
  c) *Après traitement :* devenu capable de suivre convenablement le C.P. avec lecture courante.

- Réactivations des troubles thymiques observés sous Lidépran :

Pendant ses deux premiers mois d'hospitalisation et d'observation, l'enfant était constamment triste, fuyant, avec tendance à l'isolement et au mutisme. Ceci semblait réactionnel à de graves désarrois et frustrations intra-familiales. Ces tendances furent augmentées dès que l'on administra le médicament, allant jusqu'à la passivité des attitudes, les comportements catatoniques, la dysthymie anxieuse ; lors d'une période de vacances de huit jours à la maison (toujours sous Lidépran), ces attitudes furent encore augmentées.

Par contre, après l'arrêt du traitement, la sociabilité s'améliora, les tendances à l'isolement furent moindres, les attitudes ludiques et les efforts scolaires de plus en plus harmonieux.

Il est à noter qu'au test du village, malgré l'état de dysthymie ressentie sous Lidépran, les projections conflictuelles et les signes d'angoisse (pylônes, vipères, maison noire agressive, enclos) furent moindres pendant la période d'administration du médicament qu'auparavant. Par contre, le village était beaucoup moins structuré.

OBSERVATION N° 12

Garçon de 12 ans 5 mois

Quatre mois de traitement. Cette observation est la seule dans ce groupe d'enfants qui ait posé un délicat problème de diagnostic différentiel entre débilité constitutionnelle et pseudo-débilité. Il s'agit d'un enfant ayant subi depuis son plus jeune âge des frustrations familiales telles, qu'il fut élevé par sa tante à partir de sa septième année. Pris en main depuis quatre ans par notre service d'hygiène mentale, son niveau intellectuel a sans cesse progressé, et le Lidépran a occasionné des progrès nouveaux. Mais il s'avère, malgré tout, que l'on se heurte à un seuil de perfectibilité scolaire extrêmement bas, contrastant avec le progrès des Q.I.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
     — 1958 : Ter.-Mer., Q.I. 0,65.
     — 1959 : Ter.-Mer., 0,70.
     — 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 73 ; Q.I.P. 79 ; Q.I.G. 80.
  b) *Pendant traitement :*
     — W.I.S.C., Q.I.V. 76 ; Q.I.P. 87 ; Q.I.G. 80 ; Term.-Mer., Q.I. 0,77.
  c) *Après traitement :*
     — W.I.S.C., Q.I.V. 82 ; Q.I.P. 94 ; Q.I.G. 86.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* enfant caractérisé de longue date comme passif, nonchalant, rêveur ; non intéressé par le travail scolaire. Les efforts de la famille, les leçons particulières, l'insertion en I.M.P. n'ont pas encore permis de dépasser le niveau du C.E.2. Sait lire, écrit sous la dictée, compose de très courtes narrations.
  b) *Pendant traitement :* on observe quelques progrès dans le maniement des concepts, les raisonnements, les dictées.
  c) *Après traitement :* les facultés de raisonnement et d'abstraction semblent en légère ascension. La sortie hors de l'I.M.P. est décidée, et l'enfant va entrer dans une classe d'enfants normaux à petits effectifs.

- Réactivations occasionnées sous Lidépran :

Aucune extériorisation conflictuelle n'est apparue. L'enfant a semblé plus éveillé, plus spontané, plus gai, plus sociable ; mais ceci correspond plutôt à une évolution déjà en cours qu'à un processus nouveau.

OBSERVATION N° 13

Garçon de 9 ans 4 mois

Quatre mois et demi de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1957 : Term.-Mer., Q.I. 0,55.
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,56.
  — 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,64 ; Pr. Matr. 12 ; Goodenough 4 ans 1/2.
  b) *Pendant traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,56 ; Pr. Matr. 20 ; Goodenough 6 ans.
  c) *Après traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,69 ; Pr. Matr. 13.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* apathie considérable ; reconnaît ses voyelles et quelques consonnes.
  b) *Pendant traitement :* meilleures réponses verbales ; moindre efficience dans les efforts d'écriture, adopte un graphisme informe.
  c) *Après traitement :* plus attentif, capable de petits efforts scolaires. Amorce une légère progression dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

- Réactivations conflictuelles apparues sous Lidépran :

Le produit semble l'aider à triompher partiellement de son apathie foncière : il quitte parfois le groupe, se livre à une activité autonome, fait des réflexions nouvelles. Par contre, fait retour à une stéréotypie motrice (mouvement incontrôlé des avant-bras). Depuis l'arrêt du traitement, tous les éducateurs s'accordent pour le juger étonnamment vif et éveillé.

OBSERVATION N° 14

Garçon de 13 ans 6 mois

Deux mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1958 : Tmer.-Mer., Q.I. 0,69.
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,71.
  — 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,79.
  b) *Pendant traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,76.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* capable de réaliser des dictées simples. Progrès dans l'apprentissage des opérations de calcul.
  b) *Pendant traitement :* devenue très fluctuante, avec alternance de passivité et d'efforts.
  c) *Après traitement :* progrès très sensibles. Passe en tête de sa classe en grammaire et en calcul ; les mécanismes et le sens des quatre opérations sont acquis.

- Réactivations conflictuelles apparues sous Lidépran :

Instabilité motrice et agressivité vis-à-vis de ses camarades. Accentuation des troubles phonétiques ; amplification de la dyslexie ; difficultés nouvelles pour trouver les mots et constructions de phrases (perturbations qui avaient été l'objet d'une rééducation, s'étaient estompées et réapparurent avec ampleur). Après l'arrêt du traitement, retrouve sa maîtrise du langage et du graphisme, et revient à l'état d'équilibre antérieur au point de vue de la sociabilité et de la discipline.

OBSERVATION N° 15

Garçon de 12 ans

Deux mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,62.
  — 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 70 ; Q.I.P. 69 ; Q.I.G. 67.
  b) *Pendant traitement :*
  — W.I.S.C., Q.I.V. 65 ; Q.I.P. 73 ; Q.I.G. 66.
  c) *Après traitement :*
  — W.I.S.C., Q.I.V. 55 ; Q.I.P. 61 ; Q.I.G. 54.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* lecture presque convenable. Capable de dictées simples. Niveau C.E.I. faible.
  b) *Pendant traitement :* fluctuante. Accentuation du manque d'attention.
  c) *Après traitement :* meilleur contrôle de lui-même ; redevient capable de petits efforts momentanément soutenus. A acquis le mécanisme de l'addition et de la soustraction, et en a compris le sens.

- Réactivations conflictuelles apparues sous Lidépran :

Revient à des stéréotypies polymorphes dont il était coutumier un an auparavant : onychophagie intense, succion d'objets, compulsion à se gratter ; est continuellement instable, se balance sur sa chaise, sursaute, déambule, touche à tout, etc. Episodes de tristesse passive avec tendance à l'auto-dépréciation. Après l'arrêt du traitement, semble libéré, essaie de critiquer ses troubles du comportement, affirme que « c'était pour rire » ; reconquiert une certaine maîtrise de lui-même et essaie auprès des adultes de faire oublier son indiscipline antérieure.

OBSERVATION N° 16

Garçon de 10 ans

Deux mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
     — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,62.
     — 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 66 ; Q.I.P. 64 ; Q.I.G. 62.
  b) *Pendant traitement :*
     — W.I.S.C., Q.I.V. 57 ; Q.I.P. 67 ; Q.I.G. 58 (à noter une gêne dans les performances verbales ; semblant occasionnée par des difficultés d'articulation très renforcées sous Lidépran).
  c) *Après traitement :*
     — W.I.S.C., Q.I.V. 59 ; Q.I.P. 67 ; Q.I.G. 59 ; Term.-Mer., Q.I. 0,66.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* non encore capable de lecture syllabique.
  b) *Pendant traitement :* devient nulle, compte tenu d'une instabilité motrice considérable.
  c) *Après traitement :* redevient susceptible d'efforts de courte durée. Parvient à assembler des lettres pour faire des syllabes ; écrit en copiant, ce dont il était incapable auparavant.

- Réactivations conflictuelles apparues sous Lidépran :

A fait retour à des attitudes d'indiscipline et d'opposition paroxystique dont il était coutumier un an auparavant : colères clastiques, fugues à deux reprises, hostilité vis-à-vis des adultes, agressivité brutale, et en apparence immotivée,

vis-à-vis de ses camarades, près desquels il devient intolérable. Ces attitudes persistèrent pendant plusieurs semaines après l'arrêt du traitement, puis l'enfant revint à un comportement général plus docile et plus sociable.

OBSERVATION N° 17

Garçon de 13 ans 2 mois

Six mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1958 : Term.-Mer., Q.I. 0,60.
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,62.
  — 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,66.
  b) *Pendant traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,57.
  c) *Après traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,63.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* sait écrire en copiant ; ne sait pas lire ; a de grandes difficultés à faire des phrases.
  b) *Pendant traitement :* quelques progrès pour l'acquisition de la lecture syllabique ; mais présente une labilité de l'attention qui compromet tout autre apprentissage notionnel. Par contre, présente une recrudescence d'intérêt pour le jardinage.
  c) *Après traitement :* conserve ses acquisitions élémentaires en lecture ; est capable d'associer les principales syllabes. A légèrement progressé dans la construction des phrases.

- Réactivations occasionnées par le Lidépran :

Instabilité motrice ; touche à tout ; expansivité désordonnée : « Moi fait des bêtises... Moi tape du pied pour faire des étincelles, etc. » Après l'arrêt du traitement, plus sociable, recherche la compagnie des adultes, semble vouloir faire oublier ses caprices.

OBSERVATION N° 18

Garçon de 13 ans 11 mois

Deux mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1955 : Term.-Mer., B.S. Q.I. 0,66.

— 1957 : Term.-Mer., B.S. Q.I. 0,67 ; échelle complète d'Alexander, Q.I.P. 0,99.
— 1958 : Term., B.S. Q.I. 0,62.
— 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,61 ; Goodenough, 7 ans.
— 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,61.

b) *Pendant traitement :*
— Term.-Mer., Q.I. 0,65 ; Passalong de l'échelle d'Alexander : 13 ans 6 mois.

c) *Après traitement :*
— N'a pu être retesté (a quitté le département).

- Efficience scolaire :

a) *Avant traitement :* extrêmement lent ; capable de lecture hésitante ; graphisme très mal structuré ; capable de très courtes dictées.

b) *Pendant traitement :* très fluctuante.

c) *Après traitement :* l'enfant a acquis une meilleure maîtrise de son graphisme, l'écriture est mieux formée, moins enfantine, moins appuyée ; les cahiers sont propres et nets. La lecture courante est acquise.

- Réactivations conflictuelles occasionnées par le Lidépran :

Retour à un comportement d'intense instabilité psychomotrice dont il était coutumier deux ans auparavant, alternant avec des phases de stupeur et de catatonie ; parfois se gifle, se griffe la figure ; passe par des phases de tristesse passive à tonalité mélancolique. Après l'arrêt du traitement, présente une réharmonisation spectaculaire de son comportement général, sa sociabilité, son acuité de l'attention qui deviennent meilleurs qu'ils n'avaient jamais été depuis plusieurs années. Inséré en E.N.P.

OBSERVATION N° 19

Garçon de 13 ans 6 mois

- Tests :

Six mois de traitement.

a) *Avant traitement :*
— 1958 : Term.-Mer., Q.I. 0,58.
— 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,60 ; Pr. Matr., 14 : Goodenough rudimentaire.
— 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,60.

b) *Pendant traitement :*
— Term.-Mer., Q.I. 0,59.

c) *Après traitement :*
— N'a pu être retesté (a quitté le département).

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* niveau C.E. faible. Bonne volonté, obligeant, appliqué, mais inefficient.
  b) *Pendant traitement :* passivité, labilité de l'attention. Accentuation de l'état de carence.
  c) *Après traitement :* plus expansif, plus présent lorsqu'on lui demande un effort ; mais reste au même niveau d'efficience très précaire.

- Réactivations conflictuelles apparues sous Lidépran :

Nette régression vécue sur le mode infantile et auto-dépréciatif ; captatif vis-à-vis des adultes ; veut sans cesse être puni : « Je voudrais recevoir une fessée... » « Je mérite une fessée... » « Je voudrais une fessée déculottée », etc. Se laisse mener comme un bébé par ses camarades. Après l'arrêt du médicament, amélioration de l'attitude sociale, retour à un comportement de simple débilité.

OBSERVATION N° 20

Garçon de 13 ans 3 mois

Six mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1958 : Term.-Mer., Q.I. 0,58 ; Pr. Matr., 16 ; Kohs, 6 ans 1/2.
  — 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,59 ; Pr. Matr., 18 ; Kohs, 7 ans 1/2.
  b) *Pendant traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,57.
  c) *Après traitement :*
  — Term.-Mer., Q.I. 0,58.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* passivité, apathie ; connaît ses lettres ; capable d'additions de deux chiffres.
  b) *Pendant traitement :* quelques progrès pour l'acquisition de la lecture syllabique ; reste quasi incapable d'effectuer une dictée de syllabes ; reste au niveau des exercices de calcul élémentaires.
  c) *Après traitement :* stationnaire. Se maintient au niveau de C.P.I. quoique avec une maturité qui lui fait parfois poser des questions d'ordre pratique correspondant à son âge.

- Réactivations conflictuelles apparues sous Lidépran :

Dès le début du traitement, fait retour à des stéréotypies motrices qu'il avait abandonnées depuis quelques mois (mouvements de tambour avec les doigts ; gestes bizarres des mains ; dévisse et revisse, démonte et remonte tout ce qu'il peut atteindre). Après l'arrêt du traitement, revient peu à peu à l'état antérieur.

OBSERVATION N° 21

Garçon de 8 ans 5 mois

Trois mois de traitement.

- Tests :
  a) *Avant traitement :*
  — 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,74.
  — 1960 : Term.-Mer., 0,76 ; W.I.S.C., Q.I.V. 69 ; Q.I.P. 76 ; Q.I.G. 70 ; Passalong de l'échelle d'Alexander, Q.I.P. 106 ; Pr. Matr., entre 5e et 10e centile (score 13).
  b) *Pendant traitement :*
  — W.I.S.C., Q.I.V. 65 ; Q.I.P. 90 ; Q.I.G. 75 ; Pr. Matr., 25e centile (score 19) ; Passalong de l'échelle d'Alexander, Q.I.P. 137 ; échelle d'Alexander complète, Q.I.P. 119.
  c) *Après traitement :*
  — W.I.S.C., Q.I.V. 68 ; Q.I.P. 81 ; Q.I.G. 72 ; Pr. Matr., 10e centile (score 16) ; échelle d'Alexander, Q.I.P. 104.

- Efficience scolaire :
  a) *Avant traitement :* n'a pas encore acquis l'apprentissage de la lecture. Copie correctement. Capable d'additions et de soustractions sans retenue. Langage très perturbé par gros troubles de prononciation et parler bébé.
  b) *Pendant traitement :* aucun progrès. Reste incapable de reconnaître ses lettres.
  c) *Après traitement :* aucun changement.

- Réactions conflictuelles expérimentées sous Lidépran :

Attitudes agressives et jalouses envers ses camarades. Intensification de la captativité vis-à-vis des adultes. Accentuation du « parler bébé ». Après l'arrêt du Lidépran, revient peu à peu à l'état antérieur.

III) EFFETS ACTIVATEURS DU LIDEPRAN CHEZ LES ENFANTS A POTENTIEL INTELLECTUEL NORMAL OU SUB-NORMAL

Le Lidépran fut administré à 24 enfants de niveau intellectuel normal ou sub-normal. La plupart de ces sujets furent choisis parce qu'ils présentaient d'importants troubles du comportement avec grave inadaptation scolaire.

Les âges de ces enfants s'échelonnaient de sept ans sept mois à douze ans neuf mois.

Chez ces sujets à potentiel intellectuel élevé — mais souvent grevé de déséquilibres affectifs ou émotionnels — les désordres thymiques, les réactivations des mécanismes conflictuels, les effets libido-révélateurs du 8228 R.P. ont été tellement accusés qu'ils ont passé au premier rang de nos observations. ET LA FORCE D'EXPRESSIVITÉ DU LIDÉPRAN NOUS EST APPARUE TELLEMENT NOTABLE QUE NOUS NE PENSONS PAS POUVOIR MIEUX LA COMPARER QU'A CELLE DU CHOC AMPHÉTAMINE, DE LA NARCOSE OU DE LA CURE DE SOMMEIL DE LONGUE DURÉE. Dans 19 cas, cette modalité réactionnelle fut très nette. Et nous avancerons, à ce sujet, l'interprétation suivante : le Lidépran occasionne des réactions d'autant plus démesurées qu'il est administré à des sujets dont l'équilibre mental est plus fragile. (Rappelons que OULES et LABAI ont déjà expressément noté la recrudescence des idées délirantes chez certains chroniques soumis au Lidépran ; et qu'ils considèrent les grands états anxieux comme des contre-indications à l'administration du produit [6].)

Pour illustrer cette affirmation, nous présenterons en détail l'observation d'un enfant de onze ans et demi. Cet exposé montrera l'aide que peut apporter le Lidépran à l'investigation psychothérapique, et la façon dont un tel traitement peut aider l'enfant à un meilleur investissement de ses réelles capacités intellectuelles. Mais il montrera aussi les saisissantes perturbations qui furent occasionnées par le produit. Cette observation nous permettra, par ailleurs, de schématiser *les quatre catégories de réactions les plus typiques,* susceptibles d'être déclenchées par le Lidépran chez les enfants à potentiel intellectuel normal ; réactions qui intéressent : 1) l'équilibre thymique ; 2) le vécu conflictuel latent ; 3) les performances psychométriques ; 4) l'efficience scolaire.

OBSERVATION PRINCEPS
(*Obs. n° 22*)

L'enfant dont il sera question ici fut soumis à un traitement réparti en deux temps :

— *En un premier temps,* le sujet était conscient d'être traité par un médicament qu'on lui administrait régulièrement chaque jour. Il présenta un dérèglement psychoaffectif considérable.

— *En un deuxième temps,* nous avons réalisé l'administration pharmacologique en « aveugle », c'est-à-dire strictement à l'insu de l'intéressé : nous avons vu alors réapparaître les mêmes dérèglements, l'enfant s'en étonnant lui-même et nous l'exprimant avec anxiété.

• Caractéristiques du sujet :

Garçon de onze ans sept mois ; pupille d'Assistance publique enlevé à sa mère à l'âge de deux ans et demi. Mère prostituée ; père inconnu. Grand-père maternel malade mental. Confié à diverses nourrices successives ; puis à un centre dit de rééducation depuis l'âge de huit ans jusqu'à l'âge de onze ans. En été 1960, réintégré au Foyer Départemental des Pupilles d'Eure-et-Loir ; s'y montra tellement violent et agressif que le médecin du Foyer jugea impossible son maintien en centre collectif et l'adressa au Centre de Neuro-Psychiatrie Infantile.

Développement somatique normal ; état neurologique sans particularité. E.E.G. montrant des troubles de l'organisation temporo-spatiale ; potentiel intellectuel normal (voir plus loin) ; important retard scolaire (C.E.I.).

• Observations préalables à l'administration du produit :

Pendant les deux premiers mois d'observation en service de neuro-psychiatrie infantile, on nota des troubles du sommeil importants ; et l'attention du thérapeute fut attirée par la notion de lourds cauchemars avec rêves de fantômes. En dessins libres, quelques expressions représentaient des bonshommes masqués à tonalité inquiétante et agressive. Parfois, au cours de ces deux premiers mois, l'enfant passa par des alternatives de tristesse passive et de turbulences impulsives en apparence immotivées et échappant à l'analyse.

• Observation sous Lidepran (première administration du produit) :

Dès que l'on administra le médicament à l'enfant (5 mg le matin au petit déjeuner), survinrent de façon immédiate et durable des troubles thymiques qui adoptèrent un rythme quasi maniaco-dépressif (avec toutes les réserves nécessaires vis-à-vis de ce terme, utilisé ici chez un enfant au sens d'une symptomatologie descriptive).

Survint d'abord un état de dysthymie anxieuse qui prit une ampleur progressive et aboutit à un tableau de dépression confuso-stuporeuse considérable et étonnante chez un enfant de cet âge. Ceci dura deux semaines.

L'intensité des troubles fut telle que la dose de 5 mg fut maintenue sans être augmentée.

Voici les caractéristiques des protocoles d'observation journalière.

— *Quatrième jour :* adhésivité ; labilité affective ; pleure en classe sans motif apparent et délaisse son travail. En situation de questions-réponses ou d'ordres à exécuter, regarde fixement, essaie de parler, ne peut répondre sans un long temps de latence. On lui donne une récente photographie de lui qu'il ne connaissait pas et qui aurait dû lui faire plaisir ; il la regarde sans mot dire, puis la délaisse... A une question simple à laquelle il aurait dû répondre positivement, il répond sans bouger ni parler, en levant légèrement un index... En séance de dessins libres, il dessine un immense fantôme « qui le menace dans son lit ».

— *Sixième jour :* anxieux ; pleure ; ne parle presque pas ; hébété, quoique spontanément attentif à ce qui l'entoure ; plonge dans un état de vide apparent dès qu'on l'invite à porter volontairement l'attention sur un fait précis ; ne travaille plus en classe ; semble en état de malaise et de tristesse intérieure ; recherche la sécurité contre un personnage imaginaire en fermant les rideaux de sa chambre, et en s'assurant à plusieurs reprises qu'il n'y a personne derrière la porte.

— *Septième jour :* reste de longs moments assis sur le rebord d'une chaise, les yeux fixes. Par instant, on voit son regard devenir triste et il est sur le point de pleurer ; mais tout disparaît aussi spontanément que c'était venu. Invité à dire ce qui lui arrive, on le sent pendant un très court moment comme prêt à parler et à saisir la main du thérapeute ; mais ce ne sont que velléités, sidération, négativisme, conservation des attitudes, soliloquies incompréhensibles à voix basse. En séance de dessin libre, l'énorme fantôme est à nouveau dessiné.

— *Huitième jour :* mutisme strict (qui dura dix-neuf jours, sans qu'une seule parole ne soit prononcée). Le fantôme est à nouveau spontanément dessiné, sous forme d'un bonhomme monstrueux, avec une bouche immense, dont les dents forment une sorte de barrière ou d'échelle. Fuit le contact. Est en proie à des impulsions motrices, quitte brusquement la salle de dessins collectifs ou le bureau médical, sort sans que l'on comprenne pourquoi, semble égaré, absent, mû par des automatismes impulsifs. Non endormi tard dans la nuit, présente au lit des stéréotypies motrices des mains et des pieds.

— *Neuvième jour :* reste assis à distance de tous. Se détourne quand on le regarde. Passe la moitié de la matinée assis à lacer et à délacer sans cesse son soulier. Adopte une attitude sur la défensive, s'assied à la petite table, loin du groupe en séance de dessins collectifs. Destruction complète de toute efficience scolaire. Fait une fugue hors du pavillon et est rejoint par une infirmière. Tonalité dépressive faisant craindre une tendance auto-destructrice ou un raptus anxieux. Dessine de façon stéréotypée un bonhomme à bouche monstrueuse ; exprime le même thème au moyen de la pâte à modeler [1].

---

(1) Cette observation est curieusement proche de celle qui fut rapportée par Mme S. MORGENSTERN, relatant un cas de mutisme psychogène chez un enfant qui dessinait des hommes-loups. Cf. *Revue Française de Psychanalyse,* 1927, I, 492-504 (31 dessins, 18 planches); 1939, XI, I, 39-48.

— *Dixième, onzième, douzième et treizième jours :* toujours aucune parole. Tantôt amimique, bavant sans retenir sa salive ; tantôt le front plissé, le regard brillant, essaie de s'exprimer mais ne prononce que des sons inarticulés. Lorsqu'on insiste fermement pour qu'il parle, il ne réussit qu'à émettre des consonances qui évoquent de loin la mélodie de la phrase. Semble s'accoutumer à s'exprimer par gestes. Ecrit d'un large graphisme mal structuré. Développe une peur phobique de certains objets, en particulier de la lampe électrique qu'il cache à sa vue et enfouit sous des livres ou des oreillers, selon une sorte de lutte magique contre une force maléfique. A certains moments, il se recroqueville dans une sorte de peur, se protège la tête avec les mains, se fixe les poings sous les yeux ; à certains autres moments, se laisse aller à rejoindre ses camarades et essaie de leur parler par gestes ; répète inlassablement la même suite de stéréotypies (mm..., mm..., mm...) ; mais semble se sevrer peu à peu de son anxiété.

— Survint ensuite spontanément, autour du *treizième - quatorzième jour* de traitement, une inversion de l'humeur qui aboutit à un état hypomaniaque. Cet état dura près de trois semaines : le mutisme persista pendant toute cette période. L'enfant semblait en avoir pris son parti ; et se mit à se manifester de plus en plus, tant auprès de ses camarades que des adultes, par une multitude de signes des doigts, des bras et d'attitudes du visage et du corps. Ses expressions gestuelles devinrent communicatives vis-à-vis des autres enfants qui à leur tour entreprirent de parler entre eux de la même façon. Bientôt notre jeune malade devint un véritable leader de bizarreries, *au point que le médicament fut arrêté* (très exactement après dix-huit jours de traitement à 5 mg chaque matin) dans l'espoir de faire cesser ces comportement. Mais aucune modification notable n'accompagna chez le sujet la cessation du produit. et en particulisme le mutisme persista sur un fond d'hyperthymie joviale et exubérante.

• Observations après cessation transitoire du produit :

Nous venons de préciser qu'aucune modification notable n'accompagna la cessation du médicament. C'est ainsi que le dérèglement hypomaniaque persista jusqu'à son inversion, déclenchée par la réadministration du produit. Pendant cette période de sevrage, les expressions furent tantôt ludiques et taquines, tantôt à tonalité mixte, mêlée de sub-anxiété. Le fait le plus notable fut le retour à la parole, qui intervint le huitième jour seulement après la cessation du médicament. Voici comment fut franchi cet épisode : l'enfant était occupé à une partie de dames avec un camarade. La scène a été notée ainsi : « La partie est serrée, tout à coup il s'écrie très fort, en prenant un pion à son partenaire : ça y est, elle est foutue ta dame !... » Il ne se rend pas compte qu'il a parlé, mais ses camarades qui se trouvaient là lui demandent de répéter ce qu'il vient de dire ; il répète, étonné, et se met à trembler d'émotion et à pleurer.

Pendant les jours qui suivirent la récupération de la parole, la tonalité hypomaniaque persista ; mais l'enfant fit retour à un meilleur travail scolaire ; et sa réadaptation semblait en bonne voie. C'est alors que, en guise de contre-épreuve, on réadministra le médicament.

- Observation lors de la réinstauration du produit administré à l'insu du sujet :

Dès que l'on réadministra le médicament à l'enfant, ceci sans le lui dire et dans des conditions telles que l'on était assuré qu'il n'en avait pas connaissance (la prise de 5 mg étant diluée le matin dans le petit déjeuner), *survint de façon immédiate, dès la fin de la matinée, un état de dépression anxieuse très accusé, en tableau franc, superposable à l'état de tristesse anxieuse qui était apparu lors de la première tentative d'administration. Cet état dura une dizaine de jours.*

L'enfant paru atterré de cette récidive qu'il sentait monter en lui. Il fut surtout anxieux à l'idée que peut-être il allait à nouveau perdre la parole ; et, effectivement, dès le premier après-midi, il se remit à parler à voix basse, de façon presque inaudible.

Le lendemain, sa voix était rauque et dysphonique. Incité par le thérapeute à essayer de chanter un chant qu'auparavant il connaissait très bien, ses efforts n'aboutirent qu'à des bribes morcelées, bitonales et arythmiques. Par ailleurs, l'enfant recommença à se détacher totalement de l'ambiance, soliloquant par intermittence pour lui seul, faisant avec ses lèvres les gestes des mots sans émettre aucun son ; ou encore interminablement une stéréotypie : mm..., mm..., mm...

Le lendemain matin, incité par le thérapeute, dès son réveil, à faire l'effort de reparler, il y parvint de façon fragmentaire (quoique avec des difficultés pour trouver les mots et les articuler). Au cours des jours suivants, la tristesse passive prit le dessus ; et les rares phrases qui furent perçues de lui eurent le contenu dépressif suivant : « Il va m'arriver un autre malheur... » « Tomber sur une pierre... Me fendre le crâne... » « Un côté qui va mal, un côté qui va bien... » « J'ai peur comme avant... »

Les mimiques et gestes de suppléance ne réapparurent pas, l'enfant étant quasi confuso-stuporeux.

Entre temps (au septième jour de la réadministration), la dose de Lidépran fut augmentée de 5 à 10 mg. Les cauchemars furent accentués. Les barrages et les piétinements sur place en situation d'épreuve s'intensifièrent. Les dessins se surchargèrent à nouveau des inquiétudes concernant le fantôme aux dents énormes.

Cet état de dépression anxieuse se sevra peu à peu. Et un virage thymique progressif fixa l'enfant dans un pseudo-état mixte dont la persistance fit prendre la décision d'arrêter le traitement (ceci au vingt-cinquième jour de cette deuxième phase thérapeutique).

- Observations après nouvelle cessation du produit :

Dès le jour où on arrêta le médicament (l'enfant n'étant absolument pas conscient d'avoir été soumis à un traitement et de ne plus y être soumis), le sujet accusa un mieux-être qu'il exprima lui-même, sans qu'on lui pose aucune question sur ce qu'il ressentait. *Survint alors un état à caractère hypomaniaque qui dura environ quinze jours, et se normalisa ensuite peu à peu spontanément.*

- Analyse des quatre principales catégories de réactivations survenues sous l'influence du Lidépran :

Les principaux faits que nous soulignerons, à l'occasion de cette observation princeps, sont les suivants :

1) *Le Phacétopérane déclencha chez l'enfant des dérèglements thymiques qui furent graves. Ces troubles thymiques allèrent du pôle de la dépression-anxiété au pôle de l'euphorie-hypomanie très mal contrôlée :*

Le vécu dépressif comporta le désir de la mort (« ce serait un coup de chance si je meurs... »). L'auto-dépréciation porta surtout sur la baisse momentanée de l'efficience scolaire : « Je suis idiot... je ne comprends rien... je suis bête... je suis un imbécile... ne pas savoir lire, écrire... je suis comme untel (le plus profond oligophrène du service)... »

Certains épisodes confuso-stuporeux ne furent pas mémorisés. L'enfant ne se souvint pas de ses raptus anxieux ; ne reconnut pas des textes qu'il avait écrits d'un graphisme désorganisé. L'état de mutisme fut investi de façon extrêmement angoissée. L'enfant dira plus tard qu'il pensait à une vipère et à un serpent qui étaient sortis du bois et étaient venus près de lui : « Ils montaient autour de mon cou, me serraient à la gorge et m'empêchaient de parler... »

2) *Le Phacétopérane occasionna des réactivations conflictuelles intenses renvoyant à des expériences antérieures dont certaines étaient très anciennes :*

C'est ainsi qu'il écrivit spontanément à sa mère (lors de la première expérience confuso-stuporeuse) une lettre quasi illisible, une sorte d'appel au secours, pour lui dire ses cauchemars, son mutisme, ses peines du moment. Cette lettre était, en fait, non pas destinée à sa vraie mère (dont il ne connaît pas l'existence), mais à l'une des nourrices qui l'eut en charge quatre ans auparavant et dont il fut séparé pour être envoyé dans un centre dit de rééducation. « Si j'avais pas été là-bas, où l'on me tapait tout le temps, où on m'emfermait, je n'aurais pas été très excité comme je l'ai été, je n'aurais pas eu besoin de venir à l'hôpital » ; de même l'enfant, à différentes reprises, façonna en pâte à modeler un personnage féminin, sa mère, impliquée dans une problématique de différents enfants perdus et retrouvés.

Nous avons noté plus haut que dès le début de son état confuso-stuporeux, l'enfant dessina le personnage de rêve qui hantait son sommeil : une sorte de fantôme monstrueux. Puis survint l'état de mutisme. Alors apparurent dans les dessins (tout autant que dans les productions de pâte à modeler), un schéma stéréotypé représentant un personnage à lèvres, nez et dents énormes et menaçants. Le parallélisme entre le contenu « réel » de ces dessins (bouches énormes, dents énormes) et le contenu « réel » d'un des troubles principaux (le mutisme incoercible selon lequel l'enfant qui désirait parler ne le pouvait absolument pas), fit d'abord penser que l'enfant voulait exprimer l'impression de barrière, de barrage, de grillage et de muselière qui empêchait sa voix. (C'est d'ailleurs ce qu'il exprima par rationalisation secondaire.) Mais le contenu « latent » de ses dessins comportait, avec évidence, un symbolisme global d'oralité agressive et de fantasme menaçant et dévorant. On chercha donc à relier le contenu de ses dessins avec les événements propres à l'histoire personnelle du sujet. Et c'est ainsi que :

a) On retrouva dans le dossier d'hygiène mentale un dessin d'homme-loup dessiné par l'enfant plus de quatre ans auparavant, lors du grave traumatisme affectif qui avait consisté à le séparer de sa nourrice et à l'envoyer en un centre dit de rééducation où il fut malheureux. Son dessin avait, à l'époque, passé

inaperçu et représentait, de façon typique, exactement le même schéma monstrueux que celui qui reprit naissance sous l'effet activateur de Lidépran.

b) On fit la supposition que l'angoisse de l'enfant vis-à-vis d'un personnage énorme, agressif, morcelant, vis-à-vis duquel il se sentait sans défense, correspondait à des traumatismes physiques réellement subis, et non seulement vécus sur le plan de la symbolique ; d'autant plus que l'enfant était porteur d'une vaste cicatrice de brûlure ancienne à l'épaule droite, et d'un profil atypique du nez, pouvant évoquer un coup. Or, après enquête auprès des Services départementaux d'Assistance publique et auprès d'une assistante sociale qui l'avait connu lorsqu'il était tout petit, il s'avéra que l'enfant, enlevé à sa mère à l'âge de deux ans et demi, avait à cet âge subi des sévices tels que, d'une part il avait été brûlé avec un tisonnier, et d'autre part il avait eu le nez cassé d'un coup de bâton.

Dans ces conditions, le Lidepran permit d'amorcer, puis de poursuivre en phase post-médicamenteuse, une psychothérapie au cours de laquelle la mobilisation des affects, les projections et les prises de conscience ressemblèrent partiellement à ce que nous observons lors de nos cures de sommeil collectives (souvent comparées à une narcose de longue durée, étalée sur de nombreux jours).

Dans le cas particulièrement démonstratif de l'observation ici présentée, on put assister à une vaste dialectique de lutte entre l'enfant (s'appuyant sur « l'aide magique » du thérapeute) et ses fantasmes agressifs. Ces fantasmes principaux étaient, comme nous l'avons précédemment schématisé, un investissement d'instances parentales archaïques. Ils prirent corps (comme il arrive très souvent chez le jeune sujet) sous forme d'un mode infernal d'animaux et de monstres (serpents, poulpes, crocodiles, requins, gros rats, bonshommes à dentition énorme). L'enfant, dans le dynamisme de ses élaborations projectives, manifesta sa lutte contre ces fantasmes, les « alliances » et l'aide qu'il ressentait de la part du thérapeute, et finalement sa victoire en différentes étapes (l'énorme homme-loup est guillotiné, le fantôme devient un personnage déguisé que personne ne regarde plus, les monstres marins sont tués, l'horrible rat est ficelé et jeté à l'eau, etc.).

Après plusieurs semaines de psychothérapie poursuivie sur ces bases après l'arrêt définitif du Lidépran, les désarrois émotionnels apparurent en voie de stabilisation ; le sommeil était redevenu excellent, sans aucun cauchemar ; l'enfant affirmait ne plus penser du tout au « bonhomme avec de grandes dents » ; ses imageries agressives avaient disparu. Ses dessins libres étaient sans particularité conflictuelle notable (dix mois de recul).

3) *Le Phacétopérane permit de mettre en évidence les réelles possibilités intellectuelles de l'enfant :*

Les scores atteints aux épreuves psychométriques passèrent par des fluctuations pendant la phase d'administration médicamenteuse, puis manifestèrent une remarquable ascension après l'arrêt du traitement : c'est ainsi que le Q.I. global de l'intéressé à l'échelle complète de Wechsler passa de 80 à 100.

Voici le détail des différentes investigations psychométriques :

a) *Avant traitement :* W.I.S.C., 82-81-90 ; échelle d'Alexander, Q.I.P. 97 ; Passalong seul, 124.

b) Sous traitement : légère baisse d'efficience en période dysthymique ; échelle d'Alexander, Q.I.P. 89 ; Passalong seul, 121.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., 93-87-100 ; échelle d'Alexander, 115 ; Passalong seul, 131.

4) Malgré la mise en évidence, par la méthode des tests, des réelles possibilités intellectuelles de l'enfant, celui-ci fut *momentanément très perturbé dans son adaptation scolaire, et son efficience au travail ne se manifesta qu'après l'arrêt du traitement pharmacologique.*

Les troubles thymiques, les réactions conflictuelles peuvent être invoquées pour expliquer cette extinction transitoire de l'efficience scolaire.

Cependant il semble que l'on puisse aussi parler d'un phénomène de « masque pharmacologique » très spécial, qui intervint au plan de la communicabilité et de la réceptivité du sujet. Tout se passa comme si l'ingestion du Lidépran interposait une sorte « d'écran » entre l'enfant et son environnement habituel.

En classe, bien qu'il fût « présent » et qu'il fasse effort pour concentrer son attention, pour suivre une explication, pour mémoriser une leçon, l'enfant donnait l'impression d'être totalement « absent ». Il semblait « vivre dans un autre monde », dans une situation de clivage par rapport à l'ambiance.

Nous avons, par ailleurs, essayé de grouper en séances de psychothérapie collective ce garçon avec plusieurs sujets, soumis comme lui au Lidépran. Les essais furent vains ; le Lidépran occasionna, de la part de chacun, une rupture et un isolement vis-à-vis des autres, qui donnait à nos psychothérapies de groupe l'aspect d'une juxtaposition, et non d'une interdépendance. En bref, il nous est apparu que le Lidépran renforçait ou créait momentanément des barrières autistiques mettant en échec le jeu des relations inter-individuelles. Chez l'enfant dont il est ici question, ce n'est que plusieurs semaines après l'arrêt du traitement qu'il devint capable d'un travail scolaire efficace et il fit alors des progrès très rapides.

Au total, cette observation a montré en détail QUATRE CATÉGORIES DE RÉACTIONS TRÈS PRÉCISES survenues chez un enfant de onze ans sept mois, sous l'influence du 8228 R.P. Ces quatre catégories de réactions, nous les avons retrouvées soit isolées, soit groupées, soit à bas bruit, soit de façon accusée chez 23 enfants sur 24, d'intelligence normale ou sub-normale soumis au Lidépran ; à savoir :

1) *Déséquilibre thymique* qui fut vécu principalement sur le mode anxieux ; qui fut souvent à caractère cyclique ; qui dans de nombreux cas persista après l'arrêt du traitement ; et fut parfois heureusement influencé par l'instauration du Nozinan faible.

2) *Apparition ou réactivation d'un vécu conflictuel latent* et, dans certains cas, mise en évidence ou accentuation de traits de personnalité pré-psychotique ou pré-névrotique.

3) *Fluctuations des performances psychométriques* pendant la durée d'administration du médicament ; mais mise en évidence des réelles possibilités intellectuelles de l'enfant au décours du traitement.

4) Diminution, ou même extinction de *l'efficience scolaire* pendant la durée d'administration du médicament ; mais apparition après un temps de latence postérieur à l'arrêt du traitement, d'une efficience scolaire nouvelle qui n'avait jamais été atteinte.

L'importance de ces constatations nous semble grande ; aussi présenterons-nous, pour rendre compte de ces 24 observations, un résumé systématique de chacune d'elles.

OBSERVATION N° 23

Enfant de 12 ans 2 mois

Développement somatique normal. Doses : 5 mg par jour pendant les deux premières semaines ; puis 10 mg par jour pendant un mois.

- Motifs d'hospitalisation :

Enfant orphelin de père depuis l'âge de trois ans (père décédé accidentellement) ; élevé par sa grand-mère et sa mère, malade mentale, jusqu'à l'âge de huit ans ; puis confié à l'Œuvre des Orphelins d'Auteuil (Château des Vaux, Eure-et-Loir) pendant trois ans, jusqu'à la fin de l'année 1960 ; à cette période, a présenté des troubles caractériels de plus en plus incoercibles, malgré la persistance du bon niveau scolaire : indiscipline, extravagances, ambivalence affective, taquinerie et jalousie morbide ; énurésie, cauchemars stéréotypés (taureaux, pieuvres). Les troubles du caractère aboutirent à la nécessité de l'hospitalisation en service de neuro-psychiatrie infantile.

Efficience intellectuelle normale (voir plus loin examens psychométriques).

- Observations préalables à l'administration du produit :

Pendant les deux mois et demi d'observation qui suivirent son entrée à l'hôpital, l'enfant sembla bénéficier d'un déconditionnement selon lequel la plupart des troubles précédemment notés disparurent. Il fut d'emblée adapté à l'atmosphère collective du pavillon d'enfants, discipliné, de bonne sociabilité, quoique à tendances taquines ; non énurétique. On nota cependant l'importance des troubles du sommeil, avec persistance des cauchemars stéréotypés à thème d'animaux agressifs et crainte de refaire en s'endormant les mêmes rêves (taureaux, animaux marins, hordes de loups l'enserrant alors qu'il est en bateau, gros lapin gris qui saute sur lui et lui arrache la peau) (ces thèmes furent exprimés en psychothérapie, utilisant, entre autres, la méthode des dessins de rêves). A noter aussi la projection dans les dessins libres d'un graphisme de « bonhomme » semblant corres-

pondre à un schéma éidétique inquiétant (l'enfant, sans revoir ses dessins, refait toujours les mêmes distorsions relatives aux proportions du corps, avec affirmations agressives).

• Expressions morbides et réactivations observées sous Lidépran :

Dès le premier jour d'administration (5 mg le matin), l'enfant apparut tendu et anxieux. Le lendemain, il est immergé dans un état de dysthymie angoissée, qu'il exprimait ainsi : « J'ai toujours peur... je ne peux pas dire de quoi... je ne sais pas ce que j'ai... J'ai peur... je ne me sens pas bien... cette peur ne me gêne pas pour travailler... ce n'est pas la même peur que dans les cauchemars... »

En dessin libre, il dessina un garçon qui lance son ballon dans une propriété, derrière une clôture, va le chercher, et se fait mordre par un chien qui se précipite sur lui... Il dessina aussi à nouveau un bonhomme selon le schéma précédemment évoqué, en majorant considérablement la bouche et les dents.

Cet état d'inquiétude diffuse et de tristesse passive dura huit jours (jusqu'au 25 mars 1961) et fut de plus marqué, entre autre :

— par un enrouement de la voix qui fut intégré dans les préoccupations anxieuses de l'enfant (voix devenue rauque, gêne respiratoire, besoin de se racler la gorge pour pouvoir parler) ;

— par un absentéisme systématique vis-à-vis des jeux collectifs, l'enfant s'isolant de ses camarades et restant sur la touche, alors qu'en général il est actif et entreprenant au jeu de ballon ;

— par des difficultés pour s'endormir, agitation dans son lit ; et à plusieurs reprises, lors d'une nuit surtout, se réveillant en sursaut en proie à des peurs qu'il dit ne pas être des rêves : « Je pense à des bêtes, à des loups » ;

— par des souvenirs nostalgiques du passé et de l'environnement familial perdu (test projectif du village ; dessins libres ; expressions verbales spontanées).

Puis survint un virage thymique amenant l'enfant au pôle hypomaniaque ; il fut d'abord euphorique, ludique, logorrhéique, instable psychomoteur pendant trois à quatre jours, puis s'adonna à des tendances taquines, agressives et hostiles de moins en moins bien contrôlées. Finalement, il devint extrêmement troublé dans son comportement, indiscipliné, inintimidable, coléreux, de contact fuyant et distant, opposant systématique aussi bien en classe que dans les autres activités collectives ou individuelles. Ceci dura pendant une quinzaine de jours (jusqu'au 13 avril 1961). En bref, au cours de cette période, il sembla faire retour aux attitudes caractérielles morbides qui l'avaient rendu intenable dans le centre où il se trouvait et avaient imposé son hospitalisation ; le Lidépran faisant là office de réactivateur des troubles.

Survinrent enfin, autour de la cinquième semaine, des troubles plus graves : l'enfant se sent modifié intérieurement, dit que ses jambes et ses muscles « tremblent », sans que cela puisse se voir, mais lui le « sent », par à-coups il refuse de manger.

Il dit être poussé à faire des actes impulsifs ; craint que sa volonté ne soit pas capable de contenir ses bizarreries ; c'est ainsi qu'un jour, il ressent une irrésistible tendance à prendre les assiettes de soupe chaude de ses camarades et de les mettre dans le placard ; un autre jour, il lance une chaise à une infirmière.

Ressent une ambivalence affective qui l'étonne lui-même : « Je suis prêt à tout donner, mes billes auxquelles je tiens beaucoup, etc. »

Revit des cauchemars de plus en plus superposables à ceux qu'il avait expérimentés avant Lidépran : « ... J'ai rêvé d'un lapin qui me mordait au bras, je me suis réveillé aussitôt tellement j'avais peur... » « C'était une vipère, elle avait piqué un camarade et elle courait après les autres et après moi... »

Dans cet état, l'enfant demande la suppression du traitement. Celui-ci est arrêté au quarante-cinquième jour après le début.

• Effets secondaires du Lidépran :

— *Appétit :* nette tendance anorexique pendant les quatre ou cinq premiers jours ; puis appétit devenu très variable avec périodes d'alimentation normale et de refus d'aliments systématique intermittent.

— *T.A. :* R.A.S. pendant la période de deux semaines au cours de laquelle la dose était de 5 mg par jour ; puis chute immédiate dès que la dose fut portée à 10 mg : la T.A. qui oscillait autour de 11,5-6 et 10-5 descendit à 8,5-4, et se stabilisa à ce niveau.

— *Sommeil :* endormissement très perturbé au début, puis meublé de cauchemars réactivés.

— *Signes neurologiques :*

a) Avant Lidépran : examen neurologique sans particularité.

b) A la troisième semaine : apparition transitoire d'un léger tremblement des extrémités, disparaissant spontanément en trois jours.

— *Phonation :* comme il l'a été noté ci-dessus, pendant plusieurs jours l'enfant présenta un enrouement de la voix avec besoin de se racler la gorge pour pouvoir avaler. Ce trouble fut intégré dans la préoccupation anxieuse : l'enfant parlant d'un chien policier qui était mort d'un cancer de la gorge.

• Conclusions :

Structure pré-névrotique. Un mois et demi de traitement occasionna :

1) Déséquilibre thymique à caractère cyclique. Trois phases successives : *a*) dysthymie angoissée (huit jours) ; *b*) hypomanie (vingt jours) ; *c*) dépression (dix-sept jours).

2) Accentuation des traits de personnalité pré-névrotique : peurs incontrôlées que l'enfant n'arrive pas à conceptualiser ; réactivation des cauchemars expérimentés antérieurement ; présente des difficultés phonétiques et intègre ces troubles dans ses préoccupations anxieuses ; mentisme et souvenirs nostalgiques concernant le passé, et l'environnement familial perdu depuis de longues années.

3) Confirmation de l'excellente efficience intellectuelle et progrès étonnants dans les performances psychométriques :

a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 102, Q.I.P. 104, Q.I.G. 103.

b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 98, Q.I.P. 118, Q.I.G. 109.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 107, Q.I.P. 132, Q.I.G. 121.

4) Efficience scolaire très diminuée pendant toute la période d'administration du produit ; puis revenue à un excellent niveau.

OBSERVATION N° 24

Enfant de 9 ans 8 mois

Début du Lidépran le 26 novembre 1960. Doses : 5 mg par jour pendant les dix premiers jours ; 10 mg pendant les dix jours suivants ; 15 mg pendant sept semaines (du 17 décembre 1960 au 7 février 1961) ; puis 20 mg pendant presque un mois (du 7 février au 3 mars 1961). Poids au départ : 28,550 kg.

• Observations préalables au Lidépran :

Enfant pupille d'Assistance publique, inséré à l'âge de quatre ans et demi dans un service fonctionnant alors sous forme d'une garderie asilaire. Présentait un état d'apparente oligophrénie profonde, avec absence du langage, au point que l'enfant a passé pour sourd-muet pendant un certain temps. Cris inarticulés ; incontinence sphinctérienne totale ; incapacité de manger seul, etc. Aucune notion de comitialité.

Après une période d'adaptation de quelques mois, l'enfant amorça une première phase de progrès extrêmement saisissante sous l'influence du Nozinan (amélioration de la sociabilité ; acquisition quasi complète des automatismes de la propreté ; déclenchement du langage ; apprentissage de la tenue à table, etc., toutes manifestations suggérant des possibilités d'évolution presque normales, mais lourdement grevées de troubles affectifs tels que l'enfant continua à se présenter, malgré tout, comme un pseudo-débile. L'approche par la méthode des tests resta quasi opaque (janvier 1958, Borel-Maisonny n'indiquant qu'un âge mental de 3 ans pour un âge réel de 6 ans ; janvier 1959, âge mental de 3 ans 1/2 pour un âge réel de 7 ans ; 25 novembre 1960, juste avant l'administration du Lidépran, âge mental de 5 ans 1/2 pour un âge réel de 8 ans) ; ces scores apparaissaient avec évidence très au-dessous des possibilités réelles de l'enfant.

Les E.E.G. (1er décembre 1956, 6 octobre 1958, 8 octobre 1959) ont montré des tracés quasi normaux.

Les efforts d'adaptation scolaire, inlassablement répétés chez cet enfant jusqu'à la date d'administration du Lidépran, avaient enfin abouti, lors de l'instauration du Lidépran (26 novembre 1960, l'enfant avait alors neuf ans huit mois) à un début d'apprentissage de l'écriture et de la lecture.

• Observations sous Lidépran :

Dès que le produit fut administré, le début de l'apprentissage de la lecture et de l'écriture s'estompa complètement, et l'enfant redevint totalement inadapté scolaire ; ceci alla de pair avec l'instauration d'un syndrome d'instabilité motrice paroxystique, avec énervement, tremblement, cris, inaccessibilité, agressivité, tics, stéréotypies, mouvements brusques et saccadés, présence envahissante, importunité assidue, état thymique dysmorphique et anxieux.

Au cinquième jour, apparut un syndrome neurologique avec tremblement de l'ensemble du corps, fasciculation péri-buccale avec quelques petits mouvements de mussitation ; mâchoire et lèvre inférieures tombantes, salivation excessive et mutisme. Ce syndrome neurologique intense dura environ trois ou quatre jours, puis s'estompa peu à peu, malgré l'augmentation de la dose qui passa à 10 mg ; mais l'enfant conserva des tendances à la mussitation.

L'évolutivité des réactions de l'enfant tout au long de l'administration du produit passa par des alternances thymiques extrêmement rapides et comporta l'association et la juxtaposition d'états émotionnels opposés et contraires ; l'ensemble réalisant un pseudo-état mixte (avec toutes les réserves que l'on peut faire vis-à-vis de l'utilisation de ce terme en neuro-psychiatrie infantile). Ces alternances et ces juxtapositions comportèrent :

— d'une part des spontanéités avec effervescence de mouvements ; « il est comme chargé d'électricité » ; activités exploratrices incessantes ; soliloquie ; coprolalie ; acuité de l'attention ; grossièretés ; attitudes coléreuses ; facilitation intermittente du contact social avec les adultes ;

— d'autre part des attitudes de tristesse avec parfois une tonalité très profondément déprimée ; persévération des attitudes ; cris stéréotypés et immotivés, ceci parfois par imitation de ces camarades.

Lors de la phase hypothymique, l'enfant semblait avoir absolument tout oublié de son apprentissage scolaire. Par un phénomène de masque pharmacologique, il devenait totalement incapable de tracer les lettres qu'il connaissait et de lire les syllabes qu'il savait déjà assembler. De même, il parlait par monosyllabes (hors des périodes de mutisme !), alors qu'auparavant (quoique tardivement, comme nous l'avons noté plus haut) il était capable de faire des phrases déjà bien construites.

Lors de la phase d'hyperthymie, l'enfant, logorrhéique, gentil, gai, demande lui-même à « passer des tests » (qu'il avait auparavant toujours refusés) ; *et pour la première fois depuis les quatre ans et demi de son hospitalisation, il pu être testé.*

Aux Matrix 47, il se classait au 25e centile.

Au Terman-Merril, son quotient intellectuel apparut de 62 (score qui semblait encore nettement au-dessous des possibilités de l'enfant). Quelques jours après, au Wechsler, quotient intellectuel performance 92 ; un mois plus tard, toujours au Wechsler, le Q.I. performance était de 94.

Cette désorganisation de l'équilibre thymique persista après l'arrêt du Lidépran (3 mars 1961) pendant plus d'un mois. Devant la persistance du dérèglement du comportement, on instaura le Nozinan à la dose de 10 mg, et d'emblée la réadaptation s'amorça. Le travail scolaire fut repris, et surtout des progrès étonnants furent constatés aux Progressives Matrices, où l'enfant se classa au 95e centile ; l'échelle de Wechsler, Q.I. performance, est maintenant à 95. Au total, après l'effondrement momentané occasionné par l'administration du Lidépran, l'enfant montrait pour la première fois aux tests, ce qui était depuis longtemps soupçonné pour lui, l'existence d'une intelligence au moins strictement normale.

• Autres constatations :

Apparition dans les dessins de projections conflictuelles jusque là jamais exprimées avec autant de richesse : thèmes de la maison, de puissantes instances parentales, à thème de bandits et de messieurs méchants, d'agressivité, d'intrication des éléments entre eux, faisant craindre, comme il arrive souvent chez de tels sujets, l'évolution vers la discordance (ainsi un très grand chat dans une petite église, ou encore « les cochons sont dans les vaches et boivent du lait » ; mystérieux enchevêtrements de tuyaux d'eau et de fils de télévision).

• Autres constatations secondaires sous Lidépran :

— *Appétit :* nette tendance anorexique pendant les cinq premiers jours sous la dose de 5 mg ; puis trois semaines à la dose de 15 mg.
— *Poids :* au départ, 28,500 kg ; 27 kg à l'arrêt du traitement.
— *T.A. :* chute de 2 degrés du maxima et du minima pendant les cinq ou six premiers jours d'administration à 5 mg.
— *Sphincters :* réactivation de la tendance à l'énurésie.
— *Sommeil :* surtout perturbé pendant les deux premières nuits ; puis devenu médiocre, avec difficultés de l'endormissement et agitation nocturne, principalement pendant la dernière période au cours de laquelle la dose fut portée à 20 mg.

• Conclusion :

Personnalité pré-psychotique ; inadaptation scolaire totale, malgré une intelligence potentielle soupçonnée normale. Trois mois et demi de traitement occasionnèrent :

1) Déséquilibre thymique à caractère mixte, avec alternances extrêmement rapides, comportant la juxtaposition d'états émotionnels opposés et contraires.

2) Accentuation de traits de personnalité de type discordant ; dominé par une richesse projective jusque là inégalée en dessins libres et associations d'idées : thèmes d'agressivité, de dissociation des instances parentales, d'intrication insolite d'animaux les uns dans les autres, d'enchevêtrement de tuyaux et de fils de télévision, avec mécanisme d'emprise.

3) Confirmation d'un potentiel intellectuel qui n'avait encore pas pu être chiffré, l'enfant fuyant obstinément tout test, sauf le Borel-Maisonny. 1958 : Borel-Maisonny, 3 ans, pour un âge réel de 6 ans. 1959 : Borel-Maisonny, 3 ans 1/2, pour un âge réel de 7 ans. 1960 : Borel-Maisonny, 5 ans 1/2 pour un âge réel de 8 ans.

a) *Pendant traitement :* Pr. Matr. 47, 25e centile ; échelle performance au W.I.S.C., 95.
b) *Un mois après traitement :* Pr. Matr. 47, 95e centile ; Q.I.P. au W.I.S.C., 95.
c) *Sept mois après traitement :* Alexander, Q.I.P. 128 ; échelle performance au W.I.S.C., 103.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, extinction complète pendant toute la durée du traitement et pendant une longue période ultérieure de toutes les acquisitions élémentaires déjà obtenues. Compte tenu de ce phénomène de masque, l'enfant devint totalement incapable de tracer les lettres qu'il connaissait et de lire les syllabes qu'il savait déjà assembler.

Après sept mois d'arrêt de traitement, est revenu à son niveau d'acquisition antérieur et a réamorcé une progression.

OBSERVATION N° 25

Garçon de 11 ans 3 mois

Grave déséquilibre affectif ; porte-à-faux intra-familial (en arrive à gifler sa mère) ; troubles du sommeil (cauchemars, s'endort en se cachant la tête enroulée

dans ses draps); inadaptation scolaire (se roule par terre sous les tables) malgré un niveau intellectuel excellent. Deux mois de traitement administré à l'insu de l'enfant occasionnèrent :

1) Déséquilibre thymique en trois phases successives : *a*) apparition d'une anxiété progressive qui devint intense autour du dixième jour (5 mg par jour); *b*) puis, à 10 mg par jour, inversion de l'humeur, tendance à l'euphorie, expansivité ; c) retour à un état quasi dépressif, avec catatonie intermittente, persévération des attitudes, non réponse aux incitations, passivité, manque d'initiative motrice.

2) Réactivation du vécu conflictuel latent : non significatif.

3) Confirmation d'un excellent potentiel intellectuel, avec amélioration des performances en phase thérapeutique :

a) *Avant traitement :* 1958 : Terman-Mer., Q.I. 108. Début 1961 : W.I.S.C., Q.I.V. 119, Q.I.P. 84, Q.I.G. 102.

b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 126, Q.I.P. 94, Q.I.G. 111 ; Pr. Matr. 47, 26.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 110, Q.I.P. 95, Q.I.G. 103 ; Pr. Matr. 47, 21.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle fut peu modifiée pendant la période de traitement, sauf pendant la phase à tonalité anxieuse et dépressive. Après l'arrêt du traitement, excellente reprise scolaire.

OBSERVATION N° 26

Garçon de 11 ans 8 mois

Grave déséquilibre paroxystique. Vient de présenter un processus onirique et anxieux atypique avec violences, agressivités, turbulences, tendances impulsives à mettre le feu, à déchirer les livres et les vêtements, à casser les carreaux, etc. A l'état de base, les associations d'idées et les tests projectifs (village de Mabille, Rosentzweig) permettent l'expression de mécanismes conflictuels très actifs (bandits, vipères, attaque de maisons, disputes d'hommes ivres, etc.). Hérédité très chargée.

Un mois de traitement, administré à l'insu de l'enfant, occasionna :

1) Alternance de dysthymie : tantôt triste et anxieux, pensif et renfermé ; tantôt turbulent avec euphorie, serviabilité adhésive et captativité assidue vis-à-vis des adultes. Lorsque la dose atteignit 15 mg (toujours à l'insu de l'enfant), l'anxiété et la tristesse passive devinrent très importantes, avec semi-mutisme. Cet état cessa rapidement, dès l'arrêt de l'administration du médicament, période où l'on instaura par ailleurs le Nozinan faible, 4 mg par jour.

2) Réactivation d'un vécu conflictuel latent : troubles du sommeil, difficultés de l'endormissement, cauchemars déjà expérimentés à plusieurs reprises et qui réapparaissent ; réextériorisation d'un tic de reniflement qui avait disparu depuis plusieurs mois.

3) Confirmation d'un excellent potentiel intellectuel ; sous traitement : W.I.S.C., Q.I.V. 112, Q.I.P. 92, Q.I.G. 105.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle fut légèrement perturbée pendant la période de traitement, mais revint très vite à un excellent niveau. Considérée avec un recul de plusieurs mois, la réadaptation familiale et sociale de l'enfant s'est avérée excellente.

OBSERVATION N° 27

Garçon de 11 ans 6 mois

Présentant des caractéristiques gravement pré-psychotiques : longues périodes de mutisme, catatonie, stéréotypies, persévérations gestuelles et graphiques. Trois mois de traitement occasionnèrent :

1) Un renforcement de l'état d'anxiété latente avec catatonie franche pendant plusieurs semaines : dès le premier jour d'instauration du médicament, s'enfonce dans un état de mutisme, opposition, négativisme, incontinence sphinctérienne totale, persévération des attitudes, isolement, autisme, etc. Parfois, son inertie est telle que, aux repas, il emplit sa bouche sans avaler, au point de pouvoir à peine respirer, et reste dans cet état de longues minutes.

2) Modification franche du contenu des projections dans les dessins libres : au lieu de se situer entre deux instances parentales dissociées, il scotomise l'instance paternelle et se situe sans cesse dans une situation de captativité et de protection reliée à l'instance maternelle.

3) Augmentation des scores aux tests psychométriques :
   a) *Avant traitement :* Alexander, Q.I.P. 65 ; ultérieurement, Q.I.P. 90 ; Pr. Matr., score 23 (entre 25e et 50e centiles) ; nouvel Alexander en fin de traitement, Q.I.P. 95.
   b) *Après traitement :* Alexander, Q.I.P. 98 ; Pr. Matr. 47, score 21.

4) Au point de vue de la scolarité, avant traitement l'enfant n'avait jamais accepté d'insertion scolaire. En apprentissage individuel, il avait appris quelques lettres et commençait à les écrire. Pendant le Lidépran, son efficience scolaire fut nulle. Après Lidépran, il accepta peu à peu l'éducation scolaire, parvint à la lecture syllabique et devint capable d'une copie de plusieurs lignes.

OBSERVATION N° 28

Garçon de 11 ans 6 mois

Grave déséquilibre affectif ; enfant naturel ; a été élevé par son père et l'épouse de celui-ci qu'il a cru longtemps être sa mère ; son père vient d'être tué en Algérie ; sa vraie mère s'est alors fait connaître et désire le reprendre. Deux mois de traitement administré à l'insu de l'enfant occasionnèrent :

1) Un désarroi émotionnel progressif, aboutissant après quelques jours à un état d'instabilité motrice, avec agressivité vis-à-vis de ses camarades (qu'il frappe à de nombreuses reprises avec violence) et d'inintimidabilité vis-à-vis des adultes ; par moment, est en proie à des stéréotypies motrices, des rires immotivés ; sa démarche devient saccadée, il se meut comme une sorte de pantin sur la pointe

des pieds, tantôt l'ensemble du corps figé, tantôt avec des gesticulations multiples (« on dirait qu'il est électrifié », disent les infirmières).

2) Une accentuation des rationalisations perplexes concernant sa situation familiale ; aux dessins libres, une augmentation des expressions relatives à la dualité des maisons et des instances parentales.

3) Augmentation des scores aux tests psychométriques :

a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 66, Q.I.P. 92, Q.I.G. 77.

b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 73, Q.I.P. 83, Q.I.G. 75 ; Pr. Matr. 47, score 28 (par deux fois).

c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 73, Q.I.P. 102, Q.I.G. 85 ; Pr. Matr. 47, score 29.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire : baisse notable pendant la durée du traitement ; puis progrès importants et très rapides après l'arrêt de la médication.

OBSERVATION N° 29

Garçon de 9 ans

Présentant des troubles caractériels discrets, ayant motivé l'hospitalisation à la demande du médecin de famille, compte tenu de nombreuses composantes hérédo-familiales psychopathiques, y compris deux cas d'épilepsie. Deux mois de traitement à 5 mg par jour occasionnèrent :

1) Un déséquilibre thymique immédiat avec anxiété, sentiment de malaise intérieur, tristesse passive, pleurs immotivés, refus d'aliments, majoration de difficultés mineures. Ces troubles durèrent trois semaines environ, puis le tableau fut dominé par l'apparition des perturbations mentionnées ci-dessous.

2) Au vingtième jour, apparition de tics du visage, tremblement des extrémités et même mouvements des avant-bras ressemblant à des clonies épileptiformes (l'électroencéphalogramme à l'état de base s'était avéré normal). A noter, de plus, des rires immotivés et une importante instabilité motrice avec bizarreries de comportement et semi-mutisme.

3) Confirmation d'un potentiel intellectuel excellent avec amélioration des performances psychométriques :

a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 98, Q.I.P. 92, Q.I.G. 95.

b) *Pendant traitement :* Pr. Matr. 47, entre 50e et 75e centile, score 24 ; W.I.S.C., Q.I.V. 97, Q.I.P. 103, Q.I.G. 100.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 97, Q.I.P. 117, Q.I.G. 107.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle fut momentanément perturbée, puis nettement améliorée à partir de la fin du traitement.

OBSERVATION N° 30

Garçon de 9 ans 5 mois

Grave déséquilibre émotionnel et revendications affectives qui viennent de le faire exclure d'un internat éducatif ; mère célibataire, très hostile à l'enfant. Un mois et demi de traitement occasionna :

1) Un déséquilibre thymique où alternèrent l'anxiété, l'euphorie superficielle.

2) Une accentuation des revendications affectives, avec agressivité, intolérance et jalousie vis-à-vis de ses camarades et, au contraire, captativité vis-à-vis des adultes.

3) Une augmentation importante des scores psychométriques.
1960 : Ter.-Mer., Q.I. 0,92.
a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 80, Q.I.P. 102, Q.I.G. 90.
b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 89, Q.I.P. 114, Q.I.G. 101.
c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 92, Q.I.P. 114, Q.I.G. 103.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle apparut légèrement améliorée au cours et au décours du traitement.

OBSERVATION N° 31

Garçon de 12 ans 4 mois

Pupille d'Assistance publique ; pseudo-débile ; carence éducative et affective ; troubles caractériels paroxystiques. Deux mois de traitement occasionnèrent :

1) Un état de sub-anxiété avec détachement de l'ambiance, lenteur, non fixation de l'attention.

2) Sur ce fond de passivité, apparition de brusques paroxysmes violemment agressifs vis-à-vis de ses camarades ; avec intolérance et inintimidabilité vis-à-vis des adultes.

3) Amélioration de l'efficience intellectuelle au décours du traitement :
a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 88, Q.I.P. 87, Q.I.G. 86.
b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 80, Q.I.P. 90, Q.I.G. 83.
c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 90, Q.I.P. 105, Q.I.G. 94.

4) Fluctuations de l'efficience scolaire sous Lidépran, mais ascension remarquable en période de post-cure ; après un mois d'arrêt du traitement, peut passer du C.M.1 au C.M.2.

OBSERVATION N° 32

Garçon de 10 ans 8 mois

Troubles caractériels en relation avec des porte-à-faux éducatifs ; sévérité excessive à laquelle il réagit par des crises d'agressivité et de négativisme. Deux mois de traitement occasionnèrent :

1) Un état dysrythmique de type hypomaniaque avec euphorie, expansivité démesurée, labilité affective, non contrôle des associations d'idées, exclamations et rires incoercibles. A partir d'une dose journalière de 15 mg, tonalité mixte avec anxiété, attitudes d'opposition.

2) Légère intensification des mécanismes d'interdiction dans les dessins libres (portes closes, clôtures, barrières, grillages).

3) Légère amélioration des performances psychométriques :
   a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 70, Q.I.P. 92, Q.I.G. 79.
   b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 79, Q.I.P. 95, Q.I.G. 85.
   c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 80, Q.I.P. 95, Q.I.G. 86.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle devint, sous traitement, très irrégulière ; l'enfant constata ses difficultés à suivre la classe et exprima son inquiétude à ce sujet. Cet état cessa dès l'arrêt du traitement.

OBSERVATION N° 33

Garçon de 8 ans 7 mois

Pupille d'Assistance publique. Présentant un grave déséquilibre affectif latent avec attitudes agressives très violentes vis-à-vis de ses camarades, observées de longue date ; par ailleurs, potentiel intellectuel masqué. Quatre mois de traitement occasionnèrent :

1) Accentuation des perturbations affectives vécues sur un mode perplexe et anxieux.

2) Intensification des tendances agressives avec hostilité violente, coups de pied à ses camarades, bris d'objets, gribouillage de livres et de cahiers. Inintimidabilité.

3) Légère amélioration des scores psychométriques à l'échelle de Wechsler :
   a) 1958 : Term.-Mer., Q.I. 79. 1959 : Term.-Mer., Q.I. 88. 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 75, Q.I.P. 84, Q.I.G. 78.
   b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 79, Q.I.P. 90, Q.I.G. 83.
   c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 79, Q.I.P. 90, Q.I.G. 83 (soit identique).

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle fut momentanément perturbée, mais s'améliora nettement à partir de l'arrêt de la médication.

OBSERVATION N° 34

Garçon de 12 ans 9 mois

Pseudo-débilité ; carence éducative ; troubles caractériels à type d'agressivité paroxystique. Six mois de traitement occasionnèrent :

1) Oscillations du seuil d'acuité attentive : tantôt beaucoup plus expansif que d'habitude, plus loquace, plus sociable, plus actif dans les jeux ; tantôt au contraire, absent, hébété, bras ballants, bouche ouverte, le regard fixé sur un objet anodin...

2) Réactivation des tendances clastiques avec agressivité brutale vis-à-vis de ses camarades, alors qu'auparavant il se contentait de répondre aux taquineries par des cris et des violences verbales.

3) Très légère amélioration des performances psychométriques :
   a) 1958 : Term.-Mer., Q.I. 0,74 ; Goodenough, 6 ans ; Pr. Matr. 47, score 15 ; cubes de Kohs, 6 ans. 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,86.
   b) *Pendant traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,87.
   c) *Après traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,88.

4) Légère amélioration de l'efficience scolaire.

OBSERVATION N° 35

Garçon de 10 ans 1 mois

Personnalité gravement pré-psychotique. Mère décédée, père alcoolique ; séparé de ses parents depuis l'âge de un an. Deux mois de traitement occasionnèrent :

1) Perturbations thymiques à tonalité dysphorique et anxieuse.

2) Recrudescence très notable de troubles discordants, qui avaient été très actifs deux ans auparavant et avaient régressé sous une longue psychothérapie ; rires immotivés, toux stéréotypée, chant du coq ; sentiments d'étrangeté ; fausses reconnaissances ; déchire des vêtements ; présente des stéréotypies insolites, fait des fugues à répétition, s'enfuit à courte distance de l'internat, ne peut pas donner d'explication.

3) Très légère amélioration des performances psychométriques :
   a) *Avant traitement :* 1958 : Ter.-Mer., Q.I. 0,80. 1959 : Ter.-Mer., Q.I. 0,81. 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 69, Q.I.P. 77, Q.I.G. 70.
   b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 78, Q.I.P. 69, Q.I.G. 71.
   c) *Après traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,82 ; W.I.S.C., Q.I.V. 82, Q.I.P. 67, Q.I.G. 72.

4) Aucun résultat significatif au niveau de l'efficience scolaire pendant plusieurs mois de post-cure ; puis adaptation sensiblement améliorée et début d'apprentissage de lecture.

OBSERVATION N° 36

Garçon de 11 ans 8 mois

Pupille d'Assistance publique, présentant surtout un état de passivité, d'indolence et d'apathie mettant partiellement en échec les tentatives éducatives et scolaires du foyer où il était inséré depuis plusieurs années. Trois mois de traitement occasionnèrent :

1) Une nette activation de l'initiative psychomotrice et des spontanéités.

2) Aucune activation du vécu conflictuel.

3) Confirmation d'un excellent potentiel intellectuel :
   — *Sous traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 111, Q.I.P. 99, Q.I.G. 106.

4) Une nette amélioration du rendement scolaire.

OBSERVATION N° 37

Garçon de 8 ans 6 mois

Intelligence normale, présentant un état d'anxiété et d'agressivité considérable, réactionnel à des conditions de frustration intra-familiale extrêmement accusées. Deux mois de traitement par Lidépran occasionnèrent :

1) Réactivation d'un état d'instabilité motrice incoercible avec anxiété et agressivité, alors que cet état avait été stabilisé depuis plusieurs semaines lors du déconditionnement opéré par l'hospitalisation qui avait retiré l'enfant d'un milieu familial très anxiogène.

2) Réactivation des affirmations captatives et agressives ; incontinence sphinctérienne totale de jour et de nuit, coups et brutalité sournoise vis-à-vis de ses camarades, dès qu'il peut tromper la surveillance ; blessures volontaires aux animaux d'élevage du service.

3) Confirmation d'un bon potentiel intellectuel avec atténuation transitoire sous Lidépran :

a) *Avant traitement :* 1959 : Ter.-Mer., Q.I. 0,91.

b) *Pendant traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,81.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 75, Q.I.P. 81, Q.I.G. 76.

4) Atténuation transitoire de l'efficience scolaire lors de la période de traitement, puis retour progressif à une adaptation convenable en C.E.1 peu de temps après l'arrêt du médicament.

OBSERVATION N° 38

Garçon de 9 ans 3 mois

Hérédité psychopathique. Grave déséquilibre affectif. Syndrome choréo-athétosique avec grandes difficultés pour écrire. Niveau intellectuel sub-normal. Deux mois de traitement occasionnèrent :

1) Déséquilibre thymique en quatre phases successives : *a*) état confuso-stuporeux avec catatonie ; *b*) hypomanie avec instabilité motrice, onomatopées, attitudes ludiques ; *c*) retour à un état de dysthymie anxieuse avec attitudes catatoniques ; *d*) syndrome excito-moteur avec opposition et sociabilité.

2) Renforcement d'un vécu conflictuel latent concernant surtout sa captativité vis-à-vis de ses parents, et son ambivalence envers eux.

3) Peu de modifications au niveau des performances psychométriques :

a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 84, Q.I.P. 68, Q.I.G. 74.

b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 83, Q.I.P. 72, Q.I.G. 75.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, accentuation de l'inefficience pendant la durée de l'administration du produit ; après quoi, survinrent les premiers progrès dans l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

OBSERVATION N° 39

Garçon de 12 ans 8 mois

Pupille d'Assistance publique. Présente surtout un important retard scolaire avec lenteur et indolence incoercibles dans le cadre du foyer d'éducation où il se trouve depuis plusieurs années. Six mois de traitement occasionnèrent :

1) Une activation des initiatives psychomotrices tout à fait nouvelles chez cet enfant habituellement calme et tranquille qui avait coutume de rester assis dans un coin pendant de longs moments. Il devint sujet à des déambulations, des spontanéités pas toujours bien adaptées, mais semblant manifester un véritable éveil de la personnalité.

2) Une réactivation des relations transférentielles survint, et l'enfant fit une fugue pour tenter de revenir de lui-même au centre hospitalier où il avait été hospitalisé, et où il voulait retrouver le médecin et les infirmières qui s'étaient occupés de lui.

3) Les performances psychométriques ne subirent dans l'ensemble pas d'importantes modifications (quoique l'échelle verbale au W.I.S.C. augmenta nettement aux dépens de l'échelle de performance, sous Lidépran) :

a) *Avant traitement :* 1955 : Terman (Binet-Simon), Q.I. 0,82. 1958 : échelle complète d'Alexander, Q.I.P. 0,79. 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 57, Q.I.P. 96, Q.I.G. 74.

b) *Pendant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 65, Q.I.P. 91, Q.I.G. 75.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 64, Q.I.P. 84, Q.I.G. 71.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle fut très améliorée et l'enfant parvint, à partir de la phase d'administration du médicament, à lire de façon courante, niveau auquel il n'avait encore pas accédé.

OBSERVATION N° 40

Garçon de 8 ans 7 mois

Adopté à l'âge de trois ans par des parents qui ont ensuite divorcé alors qu'il avait sept ans et demi ; état anxieux réactionnel à la perte du père lorsque celui-ci quitta le domicile conjugal ; puis troubles caractériels multiples. Six semaines de traitement, administré *à l'insu* de l'enfant, occasionnèrent :

1) Déséquilibre thymique en trois phases successives : *a*) anxiété avec tristesse passive (5 mg par jour) *b*) cet état passa à l'état de turbulence incoercible à partir du moment où la dose fut portée à 10 mg par jour ; *c*) la dose de 15 mg occasionna à son tour un changement dans le sens d'une obnubilation très accusée, avec état de vide de conscience et extinction de l'initiative motrice et psychique.

2) Renforcement d'un vécu conflictuel latent : expressions multiples concernant la nostalgie de la maison et la dissociation des instances parentales.

3) Fluctuations de l'efficience intellectuelle :
   a) *Avant traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 79, Q.I.P. 83, Q.I.G. 79.
   b) *Pendant traitement :* Matrices 47, score 22, soit légèrement inférieur au 50e centile.
   c) *Après traitement :* W.I.S.C., Q.I.V. 89, Q.I.P. 96, Q.I.G. 92 ; Matrices 47, score 22, soit inchangé.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, l'enfant qui lisait couramment pour son âge devint, sous Lidépran, incapable d'associer les syllabes et de mémoriser. Il fut un des sujets qui perdit pied au maximum en classe, pendant l'administration du traitement. Il revint ensuite en quelques semaines à son niveau antérieur, compte tenu d'une vigilance pédagogique très attentive.

OBSERVATION N° 41

Garçon de 7 ans 7 ans

Grave déséquilibre affectif (foyer dissocié, enfant élevé en orphelinat depuis plusieurs années). Quatre mois de traitement occasionnèrent :

1) Déséquilibre thymique à tonalité globalement hypomaniaque. L'enfant fut en proie à un état d'hyperthymie extrême par rapport à son état de base antérieur. Il fut pendant quatre mois instable psychomoteur, indiscipliné, inintimidable, au point que les difficultés qu'il occasionna dans le service hospitalier firent juger son cas comme ayant été, sous Lidépran, le plus difficile à assumer par tout le personnel médical et para-médical du service : l'enfant se roule par terre, marche à quatre pattes sous les tables, éclate de rire sans raison, parle tout haut quand on demande le silence, pousse des cris gutturaux, quitte spontanément la classe où il se trouve, se couche à plat ventre dans le couloir. Ces comportements furent parfois des imitations des troubles de ses camarades, imitations étonnamment favorisées et potentialisées par le Lidépran ; elles devinrent partiellement volontaires, ludiques et intégrées dans les mécanismes d'opposition, de turbulence et d'indiscipline. A l'arrêt du traitement, ces troubles de comportement persistèrent plus d'un mois, puis s'estompèrent sous l'effet du Nozinan.

2) Réactivation d'un vécu conflictuel latent. Les attitudes projectives se surchargèrent d'expressions conflictuelles ayant trait aux thèmes de la maison et aux instances parentales.

3) Fluctuation des performances psychométriques :
   a) *Avant traitement :* 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,97. 1960 : W.I.S.C., Q.I.V. 76, Q.I.P. 79, Q.I.G. 77.
   b) *Pendant traitement :* Premier mois : W.I.S.C., Q.I.V. 92, Q.I.P. 89, Q.I.G. 96. Troisième mois : W.I.S.C., Q.I.V. 98, Q.I.P. 94, Q.I.G. 103. Pr. Matr. 47, 50e centile ; maturation graphique, Goodenough, Lauretta, Bender : 1 an de retard.
   c) *Après traitement :* Goodenough, Lauretta, Bender, légèrement améliorés ; W.I.S.C., Q.I.V. 92, Q.I.P. 91, Q.I.G. 91 ; Pr. Matr. 47, 50e centile.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle fut totalement perturbée pendant la période de traitement. Après un mois d'arrêt du traitement, l'enfant étant

soumis au Nozinan, l'efficience scolaire restait encore nulle, l'enfant semblant avoir tout oublié, même la dénomination des lettres, alors qu'avant traitement il était déjà au niveau de la lecture syllabique. Trois mois après l'arrêt du traitement, a repris une progression scolaire très lente, mais ne sait pas encore lire. Six mois après l'arrêt du traitement, lecture syllabique ; copie correcte ; écriture bien formée ; tentative de réharmonisation affective par retour au milieu familial.

OBSERVATION N° 42

Garçon de 10 ans 6 mois

Présentant un profond déséquilibre émotionnel, en rapport avec une dissociation familiale ; pseudo-débilité, inadaptation scolaire ancienne ; dyslexie ; rééducation et psychothérapie en cours. Deux mois de traitement occasionnèrent :

1) Un déséquilibre thymique à tonalité expansive, avec logorrhée, rires immotivés, instabilité motrice incoercible. « On dirait qu'il est électrifié », disent les infirmières. « On dirait qu'il vole quand il marche au lieu de poser les pieds par terre... »

2) Un renforcement du vécu conflictuel avec expression de l'angoisse latente concernant son insécurité vis-à-vis des instances parentales.

3) Une confirmation d'une régression inquiétante au plan de l'efficience intellectuelle :

a) *Avant traitement :* 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,79. 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,66.
b) *Pendant traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,66.
c) *Après traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,64.

4) Interruption des progrès scolaires en cours ; puis après l'arrêt du traitement, reprend sa progression scolaire et parvient au niveau de lecture du deuxième syllabaire.

OBSERVATION N° 43

Garçon de 9 ans

Pupille d'Assistance publique ; mère et oncle maternels malades mentaux. Personnalité pré-psychotique. Potentiel intellectuel en voie de grave régression. Constatations :

1) Déséquilibre thymique à caractère cyclique. Quatre phases successives : *a*) confuso-stuporeuse : se détache de l'ambiance, triste, hostile, anxieux, fuyant, en proie à une anaphylaxie de contact vis-à-vis de ses camarades, sujet à des raptus agressifs (coups, bris de carreaux) ; *b*) hypomaniaque : logorrhéique, en proie à une acuité attentive, inquiète et dysmorphique, avec fuite des idées, calembours, excentricités motrices (se met à quatre pattes, se traîne à terre, monte sur les radiateurs, se contorsionne) ; *c*) phase de dépression avec mutisme, gestes énigmatiques, catatonie, négativisme ; *d*) à nouveau hypomaniaque. Cette désorganisation de l'équilibre thymique persista un mois après l'arrêt du traitement ; puis

à partir de l'instauration du Nozinan se stabilisa à un niveau homologue à celui qui était observé préalablement à l'administration du produit (apparente indifférence, ambivalence, passivité).

2) Accentuation de traits de personnalité à caractère dissociatif, dominés par l'apparition d'un syndrome d'emprise avec soliloques vis-à-vis d'interlocuteurs invisibles. Entend « des avions où il y a des téléphones... », « des fusées conduites par des messieurs... », etc. Dessine, pour se représenter lui-même, deux personnages juxtaposés : « lui », et « celui qui est en lui ». Cette extériorisation psychotique ne cessa que plusieurs jours après l'arrêt du traitement.

3) Confirmation d'une inquiétante régression au plan de l'efficience intellectuelle :

a) *Avant traitement :* 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,95 ; Pr. Matr. 47, 75e centile. 1960 : Ter.-Mer., Q.I. 0,77.

b) *Pendant traitement :* début 1961 : W.I.S.C., Q.I.V. 70, Q.I.P. 78, Q.I.G. 67 ; Lauretta, Bender et Goodenough, rudimentaires.

c) *Après traitement :* W.I.S.C., stationnaire ; Pr. Matr. 47, 10e centile.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, elle resta, au cours et au décours du traitement, très précaire. Cependant, il apparut possible de tenter un placement en I.M.P. pour essayer de soumettre l'enfant à de nouvelles stimulations.

OBSERVATION N° 44

Garçon de 9 ans 2 mois

Pupille d'Assistance publique. Déséquilibre émotionnel latent, compte tenu de nombreux porte-à-faux vis-à-vis d'une famille qui l'a abandonné, mais qui continue à s'occuper de lui de temps en temps. Quatre mois de traitement occasionnèrent :

1) Une augmentation du déséquilibre caractériel avec alternance de sub-anxiété et d'instabilité psychomotrice : l'enfant devint inintimidable, extrêmement difficile à maintenir sous tutelle affective, et fut le seul pour lequel il devint impossible de le laisser en « activités libres », dans le centre de rééducation où il se trouvait.

2) Une réactivation de comportements obscènes et érotiques avec exhibitionnisme, théâtralisme et incontinence sphinctérienne totale délibérée ; comportements qui avaient déjà été exprimés quelques années auparavant et s'étaient estompés après une longue phase psychothérapique.

3) Baisse transitoire des performances psychométriques :

a) *Avant traitement :* 1958 : Term.-Mer., Q.I. 0,73. 1959 : Term.-Mer., Q.I. 0,80. 1960 : Term.-Mer., Q.I. 0,80.

b) *Pendant traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,70.

c) *Après traitement :* Term.-Mer., Q.I. 0,76.

4) En ce qui concerne l'efficience scolaire, graves perturbations pendant toute la période d'administration du Lidépran, avec annihilation de ses efforts et expression de ses attitudes captatives dans le cadre scolaire (casse des carreaux, lance ses livres contre la maîtresse). Adopte une attitude négativiste. Après l'arrêt du Lidépran, progrès notables dans la scolarisation.

OBSERVATION N° 45

Garçon de 12 ans 8 mois

Présentant un retard scolaire important et ancien, occasionné en partie par des troubles de type dyslexique. Appartient à une famille très vigilante et n'a jamais présenté de troubles notables du comportement.

Cette observation fut caractérisée par l'absence de réactions secondaires. Les quatre mois de traitement par Lidépran n'occasionnèrent chez cet enfant aucune perturbation thymique ; aucune activation conflictuelle ; ils eurent pour bénéfice, sans l'ombre d'effets secondaires, une amélioration non négligeable du rendement scolaire et une facilitation notable aux épreuves des Progressives Matrices et des cubes de Kohs, épreuves où il avait jusqu'alors des résultats très précaires (parvient à un score de 50, correspondant à un âge de 10 ans 1/2 aux cubes de Kohs et à un score de 44 le classant au 50e centile aux Matrix 1938).

CHAPITRE IV

COMMENTAIRES

I. — MODIFICATIONS DES FONCTIONS INTELLECTUELLES

Si chez les oligophrènes profonds le produit nous a paru peu efficace, chez les débiles et les enfants d'intelligence normale, au contraire, les spontanéités nouvelles apparues pendant l'administration du Lidépran, mais rendues intermittentes par les variations thymiques observées au cours du traitement, ont permis d'obtenir au décours de ce traitement une meilleure efficacité scolaire et des progrès importants aux tests par un meilleur investissement des réelles capacités intellectuelles du sujet.

Si l'on compare ces résultats à ceux de Beaujard et Revol, on notera que ceux-ci, expérimentant uniquement sur des oligophrènes, ont observé des améliorations portant sur le comportement au travail, mais cessant en général avec le traitement. Il semble que, chez leurs malades, l'accélération du développement intellectuel n'ait pas été perturbée par des variations thymiques que nous avons observées chez nos sujets ayant déjà présenté des troubles du comportement.

Nous nous permettons, d'autre part, d'insister sur l'étude du développement intellectuel chez nos sujets. Les tests Terman-Merrill et Wechsler ont été systématiquement faits avant l'institution du traitement, en cours de traitement et après le traitement, avec un recul atteignant plusieurs mois.

II. — MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT

Chez tous les enfants, nous avons observé l'apparition d'emblée d'une importante *instabilité motrice ou psycho-motrice* (soit qu'elle apparaisse chez des enfants qui n'en présentaient pas, soit qu'elle

apparaisse comme une recrudescence chez ceux qui en présentaient déjà). Les enfants ont été en proie à des gesticulations, turbulences, déplacements incessants, cris, mouvements stéréotypés, états d'impulsivité, d'agressivité, difficultés de l'endormissement et troubles du sommeil. Ces états d'instabilité motrice polymorphe étaient tous sous-tendus par une *dysthymie anxieuse*, une sorte de malaise intérieur, les rendant à la fois « malheureux » et « absents ». L'intensité de ces remaniements affectifs fut telle qu'elle mit momentanément en difficulté l'harmonie de notre cadre hospitalier, si bien que nous nous sommes demandés si une part de « contamination » réciproque n'entrait pas en ligne de compte d'enfants à enfants dans ce tableau de perturbations globales et généralisées. De même, on pourrait soupçonner une difficulté de tolérance du personnel hospitalier, les infirmières, en petit nombre dans notre service, ayant un grand surcroît de travail dès le début des premières manifestations. C'est alors que nous avons administré le 8228 R.P. à des débiles mentaux répartis au sein de différents groupes d'un institut médico-pédagogique où les réactions d'instabilité motrice pouvaient en principe se disperser et s'amortir plus facilement que dans le cadre polyvalent de notre pavillon de neuro-psychiatrie infantile. La constatation a été du même ordre et les enfants soumis au Lidépran développèrent des réactions diffuses d'instabilité qui mirent en échec l'harmonie de leurs classes et de leurs groupes respectifs.

Parallèlement, le médicament fut prescrit à certains enfants dans un vaste foyer éducatif de pupilles d'Assistance publique, très bien encadré par un personnel pédagogique vigilant qui n'avait pas été averti des réactions possibles des enfants sous l'effet du produit. La constatation fut la même, et le directeur du foyer de pupilles s'enquit aussitôt pour savoir s'il n'y avait pas un malentendu dans la prescription du médicament.

Ces états d'instabilité motrice se calmèrent peu à peu à la fin de la première semaine de traitement, pour laisser place à des variations individuelles de comportement.

L'expression la plus fréquemment notée et qui continua à donner à une gamme d'observations une note homogène, fut alors L'APPARITION DE RÉACTIVATIONS D'ATTITUDES MORBIDES QUE CERTAINS ENFANTS AVAIENT DÉJA PRÉSENTÉES AVANT LE TRAITEMENT.

— Un enfant de treize ans, qui un an auparavant avait été en proie à un désordre des actes tel qu'il avait à de nombreuses reprises ouvert tous les robinets possibles et dévissé tout ce qu'il pouvait atteindre (laissant échapper dans la cuisine le contenu d'un fût d'huile et dans le garage le contenu d'un fût d'essence), et qui depuis

lors était relativement calme, se remit à dévisser à nouveau tout ce qui lui tombait sous la main (boutons électriques, écrous de rampe d'escalier, robinets de douche et lavabos, etc.).

— Un enfant de neuf ans, qui était coutumier un an plus tôt d'actes érotiques, et avait été soigné pour cela en service de neuro-psychiatrie infantile, redevint provocant, exhibitionniste, etc. dans le foyer des pupilles où il avait été inséré.

— Plusieurs revinrent à des stéréotypies verbales ou gutturales.

— Plusieurs revinrent à des stéréotypies motrices.

— Plusieurs revinrent à un non contrôle sphinctérien.

— Plusieurs manifestèrent une attitude de fuite et de négativisme vis-à-vis des adultes, avec fugues ébauchées ou réalisées.

— Plusieurs redevinrent systématiquement opposants en classe, à table, au jeu et en activités de groupe.

— Plusieurs présentèrent des réactivations de troubles thymiques, avec labilité affective, pleurs, angoisses polarisées.

— Plusieurs extériorisèrent nettement une symptomatologie renvoyant à une structure névrotique ou psychotique.

Ces résultats peuvent sembler concorder difficilement avec ceux obtenus par les précédentes expérimentations qui affirment la parfaite tolérance du produit et la prépondérance de son action sur la sphère intellectuelle. Il convient toutefois de noter que le renforcement d'attitudes pathologiques a été expressément signalé, chez l'adulte du moins. Oules et Labai [6], nous l'avons vu, ont observé le réveil d'idées délirantes chez des catatoniques. Chanoit [8] a observé la survenue de bouffées oniroïdes en cours de traitement.

> « Aussi est-il important, dit-il, d'insérer la prise du produit dans un contexte de relation médecin-malade et il pourrait être dangereux de prescrire ce médicament hors de cette relation, car la stimulation ainsi produite pourrait être utilisée à des fins non normatives. »

Sivadon et Salinger [11] signalent la possibilité de nervosité, de légère excitation en cours de traitement, parfois l'installation d'un état de tension anxieuse conduisant à l'arrêt de la thérapeutique.

Chez les enfants, Beaujard et Revol [3] ont nettement signalé la survenue des troubles caractériels et affectifs sous forme de tension anxieuse avec réactions soit auto-agressives, soit hétéro-agressives, chez des enfants ayant présenté antérieurement des troubles sem-

blables ; ce qui les conduit à réserver l'emploi du Phacétopérane aux arriérations mentales simples, non accompagnées de troubles caractériels et affectifs nécessitant l'emploi de neuroleptiques. Guyotat, Beaujard et Guillemin [4] soulignent certains cas d' « inversion d'effets » et de réactions d'inhibition, en particulier un cas d'intensification des signes d'asyntonie et d'agitation chez un oligophrène.

La relative fréquence de ces troubles nous paraît donc bien établie.

Une autre question peut être posée :

Ces troubles ont-ils toujours été la réactivation d'états antérieurs ou bien le Lidépran a-t-il pu les créer à la manière d'un hallucinogène ?

Il semble que le médicament n'ait pas déterminé les troubles à lui seul, par ses propres effets, mais qu'il les ait *réactivés*. En effet, comme nous l'avons dit ci-dessus, la plupart des enfants étaient connus depuis un long délai. Leurs difficultés avaient été l'objet d'investigations et de soins ; elles étaient en voie de réharmonisation ; le Lidépran les a fait réapparaître. Dans l'*observation n° 22*, par exemple, l'enfant avait déjà dessiné quatre ans plus tôt un homme-loup ; le schéma était latent, en sommeil en lui et le Lidépran l'a fait ressurgir.

C'est pourquoi il nous semble que le Phacétopérane puisse être rangé, parmi les drogues psychotropes, dans une catégorie intermédiaire entre les psycho-analeptiques et les psycho-dysleptiques, selon la classification de Delay [15]. En effet, nous avons vu que sa force d'expressivité était comparable à celle du choc amphétaminé ou de la narcose.

III. — MODIFICATIONS BIOLOGIQUES

Un seul incident grave survint. Il apparut chez un oligophrène post-encéphalitique (*obs. n° 1*). Cet incident ne fut peut-être pas strictement imputable au 8228 R.P., car l'enfant était un comitial latent, et l'effet de sevrage a pu jouer un rôle important. Il s'agissait d'un sujet de six ans trois mois. Il reçut d'abord 5 mg de produit pendant dix jours ; au onzième jour, il reçut une dose de 10 mg ; c'est alors qu'il présenta un état de mal débutant par une syncope, avec fasciculations faciales, myoclonies de la paupière supérieure, respiration stertoreuse ; les manifestations paroxystiques subintrantes survinrent une demi-heure après la perte de connaissance et durèrent plusieurs heures, avec pronostic vital inquiétant ; puis l'enfant revint

à l'état de base. Il faut noter que ce sujet était traité auparavant par barbituriques et largactil, et qu'il n'avait présenté aucune manifestation comitiale depuis plusieurs mois.

Hors cet incident, tous les autres effets secondaires ci-dessous mentionnés apparurent aussi bien chez les enfants oligophrènes ou débiles que chez les enfants d'intelligence normale. C'est donc sur l'ensemble de nos 45 sujets que nous avons observé les unes ou les autres des manifestations suivantes :

APPETIT ET POIDS

Sur 45 enfants, la moitié accusa une nette tendance anorexique dès l'instauration du 8228 R.P. Tantôt cette tendance s'estompa après les cinq ou six premiers jours de traitement, pour réapparaître à chaque augmentation de dose, tantôt l'appétit devint variable, sans qu'il soit possible de déceler aucun ordre dans la rythmicité de ces perturbations ; les enfants passèrent alors par des périodes d'alimentation normale et de refus d'aliments systématiques intermittents. Certaines pertes de poids allèrent jusqu'à 1 kg. A l'encontre, de légères augmentations pondérales furent aussi notées.

TENSION ARTERIELLE

Tous les enfants furent l'objet d'un contrôle strict de la tension artérielle, prise régulièrement dans les mêmes conditions. L'ensemble des sujets présenta le fait caractéristique suivant : pendant les cinq ou six premiers jours d'administration du 8228 R.P., la maxima et la minima baissèrent de 1 degré à 1,5 degré, pour remonter ensuite à l'indice initial. Cette chute récidiva chez certains sujets lors de l'augmentation des doses. Mais nous n'avons jamais observé (sauf dans le cas signalé plus haut) de lipothymie ou de tendance syncopale.

CONTROLE SPHINCTERIEN

Plusieurs oligophrènes profonds revinrent à l'énurésie et au gâtisme incontrôlés ; plusieurs débiles présentèrent une énurésie transitoire.

SOMMEIL

L'endormissement fut plus long et plus difficile chez les deux tiers des enfants, dès les premiers jours d'administration du produit.

Cette difficulté de l'endormissement s'accentua lors de l'instauration des doses à 15 et 20 mg. Le sommeil proprement dit fut souvent meublé de cauchemars réactivés.

MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES

Nous n'avons jamais observé de crises toniques bucco-linguales excito-motrices telles que celles qui ont été décrites par certains auteurs. Par contre, nous avons constaté dans 5 cas des états de mussitation, avec bouche en groin, fasciculation de la musculature des lèvres ou légère protrusion de la langue. Dans 2 cas, sont apparues des tendances au bégaiement. Dans 1 cas (cf. *observation princeps*), est survenu un étonnant état de mutisme irréductible et de longue durée (plus de quinze jours).

On pourrait discuter de savoir si ce mutisme ne fut pas surtout psychogène. Nous ne le croyons pas. Plusieurs autres enfants, en effet, soumis au 8228 R.P., eurent des modifications de la voix qui devint bitonale et dysrythmique. Nous pensons que le produit a pu avoir un effet sur la musculature ou l'innervation des organes de la phonation et que ce fut ainsi un dysfonctionnement organique qui a induit le mutisme, lequel s'est chargé d'un contenu fantasmique angoissant. Il est un fait cependant que plusieurs examens O.R.L. pratiqués chez des enfants atteints de dysphonie n'ont pu montrer aucun trouble objectif. Plusieurs sujets, enfin, appartenant à la catégorie des débiles profonds ou des oligophrènes, développèrent des stéréotypies gutturales (mm... mm... mm...) (hip... hip... hip...).

Plusieurs enfants présentèrent une nette augmentation de la vivacité des réflexes tendineux, avec léger tremblement des extrémités, durant deux à trois jours, s'estompant, réapparaissant sans rythmicité significative. Un sujet de niveau scolaire quasi normal qui présentait avant traitement une ébauche de choréo-athétose, accusa une accentuation de ses troubles ; son écriture devint de plus en plus déstructurée et quasi illisible pendant toute la durée du traitement.

L'intensification de l'instabilité motrice fut intense chez tous les sujets profondément oligophrènes et elle fut aussi très importante chez la plupart des débiles. Chez les enfants d'intelligence normale ou sub-normale, l'instabilité psychomotrice s'inscrivit dans des tableaux de déséquilibre thymique à caractère cyclique ou parfois mixte. Insistons sur les états d'inertie catatonique avec conservation des attitudes figées et persévération des attitudes motrices segmentaires. Ces symptômes furent majeurs chez 5 enfants d'intelligence normale présentant des états intermittents confuso-stuporeux et dépressifs ; ils apparurent aussi, de façon extrêmement accentuée, chez 4 enfants oligophrènes profonds ou débiles.

CONCLUSIONS

Le Phacétopérane (8228 R.P. ou Lidépran) a été administré à 45 enfants d'âge scolaire, à des doses moyennes journalières de 10 à 20 mg par jour, pendant des délais oscillant de plusieurs semaines à six mois.

La continuité des observations cliniques portant sur un cycle d'une année et la densité des contrôles par tests-retests ont permis les constatations suivantes :

1) Le produit a paru peu maniable et d'intérêt restreint chez les enfants de très bas niveau d'éducabilité.

2) Le produit a paru doué d'une efficacité notable chez les enfants débiles. Dans 11 sur 13 des cas étudiés, les sujets parvinrent, après traitement, à un meilleur niveau de scolarisation et à un meilleur investissement de leurs capacités intellectuelles. Cependant l'importance des troubles du comportement qui furent occasionnés de façon transitoire par le produit a rendu très complexes les conditions de son utilisation.

3) Chez les enfants à potentiel intellectuel normal ou sub-normal, le médicament a occasionné des fluctuations des performances psychométriques et scolaires aboutissant, au décours du traitement, à des niveaux d'efficience qui n'avaient encore jamais été atteints par les sujets. Dans cette perspective, le Lidépran répond à sa définition, déjà classique, de psychotonique. D'autre part, le médicament a occasionné chez ces mêmes enfants des expansions de déséquilibres thymiques et d'importantes réactivations du vécu conflictuel. Ces modalités conduisent à souligner la considérable force d'expressivité du Lidépran, comparable à celle du choc amphétaminé, de la narcose ou de la cure de sommeil de longue durée.

C'est pourquoi il nous semble que le Phacétopérane pourrait être classé dans une catégorie voisine des psycho-dysleptiques. Selon ces perspectives, le Lidépran paraît devoir être un produit d'utilisation

très fructueuse en neuro-psychiatrie infanto-juvénile, non seulement comme activateur des fonctions intellectuelles, mais comme révélateur de structure psychopathique et aussi comme inducteur pharmacologique d'approches psychothérapiques qui, en tout état de cause, devront être extrêmement attentives.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MICHAUX

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

I. — BIBLIOGRAPHIE CONCERNANT LE LIDEPRAN

1. COURVOISIER (Mme S.). — Etude des propriétés stimulantes centrales de l'acétoxy-1 phényl-1 (pipéridyl-2')-méthane, thréo, lévogyre (8228 R.P.). (*Congrès de Neurologie et de psychiatrie,* Tours, 8-13 juin 1959, rapport pp. 846-855.)

2. SIVADON (P.), CHANOIT (P.) et AZOULAY. — Premiers résultats cliniques de l'emploi d'un nouveau psychotonique, le 8228 R.P. Société Médico-Psychologique, séance du 13 juillet 1959. (*Ann. Méd.-psychol.,* 1959, *2,* n° 3, pp. 536-541.)

3. BEAUJARD (M.) et REVOL (E.). — Essais cliniques sur l'activité du 8228 R.P. (Phacétopérane) chez l'enfant oligophrène. (*Pédiatrie,* 1960, *15,* n° 3.)

4. GUYOTAT (J.), BEAUJARD (M.), GUILLEMIN (J.). — Evaluation psychométrique des effets d'un psychotonique (8228 R.P.). Considérations méthodologiques. (*Communications au Congrès Neuro-Psycho-Pharmacologique,* Bâle 4-7 juillet 1960.)

5. FOLLIN (S.), CHANOIT (P.) et HUCHON (J.). — L'emploi d'un nouveau psychotonique : le 8228 R.P. (bilan effectué après deux ans d'essai). (*Communication au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française,* 68e session, Lille, 27 juin-2 juillet 1960, rapports pp. 770-776.)

6. OULES (J.) et LABAI (C.). — Indications et emploi d'un nouveau psychotonique, le 8228 R.P. (*Communication au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française,* 68e session, Lille, 27 juin-2 juillet 1960, rapports pp. 859-862.)

7. SIVADON (P.), SALINGER (R.) et QUIDU (Mlle M.). — Résultats cliniques de l'emploi en Psychiatrie d'un nouveau psychotonique, le 8228 R.P. (à propos des 134 premières observations). (*Communication au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française,* 68e session, Lille, 27 juin-2 juillet 1960, rapports pp. 760-769.)

8. CHANOIT (P.). — Quelques considérations sur l'utilisation psychothérapique d'un nouveau psychotonique. (*Ann. Méd.-psychol.,* décembre 1960, pp. 869-878.)

9. SALINGER (R.). — Contribution à l'étude expérimentale des nouvelles médications psycho-actives et leur utilisation thérapeutique en Psychiatrie (à propos de l'une d'elles, le 8228 R.P.). (*Thèse,* Lyon, 1961.)

10. BEAUJARD (D.). — Le Phacétopérane dans l'arriération mentale chez l'enfant. (*Communication au second Congrès International d'arriération mentale,* Vienne, 14-19 août 1961, résumée dans *Excerpta Med.,* n° 43, p. 100 réf. 95.)

11. SIVADON (P.) et SALINGER (R.). — Etude clinique d'une nouvelle médication psycho-active en psychiatrie, le 8228 R.P. ou Chlorhydrate de phényl-1-(pipéridyl-2')-1-acétoxy-1-méthane, thréo-lévogyre. (*Ann. Méd. Psychol.,* avril 1962, pp. 824-832.)

12. FAURE (H.). — Sur les effets activateurs d'un psychotonique en Neuro-Psychiatrie Infantile ; le problème du risque thérapeutique. Film présenté à la Société Médico-Psychologique, séance du 14 mai 1962. (*Ann. Med.-Psychol.,* juin 1962, pp. 87-90.)

13. FAURE (H.), FAURE (Mme M.L.), STOPPA (L.) avec la collaboration de OSTAPZEFF (G.), SAILHAN (M.) et FOURNIER (M.). — Les effets activateurs du Phacétopérane en Neuro-Psychiatrie Infantile. (*Revue de Neuro-Psychiatrie Infantile,* juillet-août 1962, n° 78, pp. 385-399.)

II. — BIBLIOGRAPHIE ANNEXE

14. FAURE (H.). — La cure de sommeil collective et psychothérapie de groupe, Paris, 1958.

15. DELAY (J.) et DENIKER (P.). — Méthodes chimiothérapiques en Psychiatrie, Paris, 1962.

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^